



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Potřeby pacientů podstupujících dialyzační léčbu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Klára Hornová

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohláuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Špot eby pacient podstupujících dialyza ní lé buō* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohláuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky kolektivu a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2018

í í í í í í í í í í í

Hornová Klára

Pod kování

Na tomto místě bych ráda podkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. et Bc. Jitce Tamá-Otáskové za její odborné vedení, trpělivost a cenné rady, které mi při práci velmi pomohly. Dále bych chtěla podkovat všem dotazovaným pacientům za jejich ochotu, vstřícnost a vřelost.

Pot eby pacient podstupujících dialyza ní lé bu

Abstrakt

Tato bakalá ská práce je zam ěna na pacienty s chronickým onemocn ěním ledvin. V teoretické práci byly shrnuty základní informace o selhání ledvin což je stav, p ě kterém ledviny p estanou z t la vylu ovat odpadní látky, a o možných lé ebných metodách tohoto onemocn ění, kterými jsou zejména hemodialýza, dále pak peritoneální dialýza a transplantace. Nejd ležit ější je ov ěm co nejd íve onemocn ění diagnostikovat a zahájit tak v as možnou lé bu. Dále jsme se v této ásti zabývali fyziologickými, psychickými a sociálními pot ebymi. Je nezbytné, aby o ět ovatelský personál znal v ěchny pot eby pacient ě. Jestliže pacient v n které z oblastí pot eb strádá, m ě se to projevit na jeho fyzické, psychické i sociální stránce. Na druhou stranu, pokud jsou v ěchny pacientovy pot eby uspokojeny, cítí se klidn ě a vyrovnan ě. Pokud pochopíme pacientovy pot eby, m ěme se lépe orientovat v problematice daného onemocn ění a zvy ěit tak kvalitu o ět ovatelské pé e.

V praktické ásti bakalá ské práce jsme se zabývali kvalitativním výzkumem pot eb pacient ě. Na ěmi cíli bylo zjistit, jaké pot eby mají pacienti b hem dialyza ního o ět ení a jaké pot eby mají v osobním život ě. Na základ ě t chto cíl ě byly vytvo eny polostrukturované rozhovory, které nám pomohly zmapovat pot eby a omezení dialyzovaných pacient ě. Rozhovory byly uskute ěn ny s devíti pacienty, kte í podstupují hemodialyza ní lé bu. Z na ěho výzkumu plyne, že nejd ležit ější je pro pacienty uspokojení pot eby být bez bolesti, pot eby spánku a odpo ěnku a pot eby tekutin. Nemén d ležitou je pro pacienty také psychická podpora. Neuspokojení t chto pot eb, m ě vést aíl k frustraci ěi deprivaci nemocného. Naopak uspokojení pot eb lov ka pozitivn ě motivuje a dodává mu pocit spokojenosti.

Tato práce by mohla pomoci pacient ě, kte í mají nov ě diagnostikované chronické onemocn ění ledvin, ěi pacient ěm, kte í jíí jsou v dialyza níím programu, k získání nových informací. Dále m ě práce sloužit student ěm ěi jíí vystudovaným sestřám k lep ěímu pochopení problematiky tohoto onemocn ění a nejd ležit ějších pot eb ěi omezení dialyzovaných pacient ě.

Klí ová slova: selhání ledvin; hemodialýza; peritoneální dialýza; transplantace; pot eba; pacient; o ět ovatelská pé e

The needs of patients undergoing dialysis treatment

Abstract

This thesis intends on patients with chronic kidney diseases. In the theoretical part I sum up basic informations about kidney failure which is a state when kidneys stop to secrete waste ingredients from the body. Then I describe common treatment methods which are hemodialysis, peritoneal dialysis and transplantation. Nevertheless, the most important is to diagnostic the disease at the early stage and start the therapy as soon as possible. This part of thesis also describes physiological, psychical and social needs of the patient. The nursing staff has to know about all these needs which are connected, therefore neglecting one part may influence the others in a negative way. On the other hand, when all needs are satisfied the patient feels comfortable and the therapy can be successfull. When we get understand the specific needs of every single patient the quality of nursing care enhance radically.

The practical part of the thesis explores all the needs through half-structured interviews with nine patients under hemodialysis treatment. We may sum up the outcome briefly as follows: the most important for the patient is the painless state, enough sleep and rest and sufficient fluid intake security. The psychical support is important no less. Unsatisfying these needs may lead to frustration and deprivation of the patient. On the contrary, satisfaction makes him contented and peaceful and motivates him for getting cured.

This thesis may help people with recent diagnosis of chronic kidney disfunction and also people who are already set in dialysis therapy to get more informations. The research may be a source of informations also for students and nurses in practice as well. Hopefully may lead to understanding the needs and limitations of the patients under dialysis treatment and thus to provision them a better care.

Key words: kidney failure; hemodialysis; peritoneal dialysis; transplantation; need; patient; nursing care

Obsah

Úvod	9
1 Selhání ledvin.....	10
1.1 Akutní selhání ledvin	10
1.2 Chronické onemocnění ledvin.....	11
2 Metody náhrady funkce ledvin.....	12
2.1 Hemodialýza.....	12
2.1.1 Princip hemodialýzy.....	13
2.1.2 Predialýza	14
2.1.3 Cévní přístupy	14
2.1.4 Komplikace hemodialýzy.....	16
2.1.5 Výživa a dietní doporučení.....	17
2.1.6 Domácí hemodialýza.....	18
2.2 Peritoneální dialýza.....	19
2.2.1 Princip peritoneální dialýzy	19
2.2.2 Formy peritoneální dialýzy (CAPD, CCPD)	20
2.2.3 Přístup pro peritoneální dialýzu.....	20
2.2.4 Výhody peritoneální dialýzy.....	21
2.2.5. Komplikace peritoneální dialýzy	21
2.3 Transplantace ledvin.....	21
3 Potřeby dialyzovaných pacient	23
3.1 Fyziologické potřeby.....	23
3.2 Psychické potřeby.....	26
3.3 Sociální potřeby.....	26
4 Cíl práce a výzkumné otázky	28
4.1 Cíl práce.....	28

4.2	Výzkumné otázky.....	28
5	Operacionalizace pojm	29
5.1	Dialyza ní lé ba	29
5.2	Pot eba.....	29
5.3	Pacient	29
6	Metodika.....	30
6.1	Metoda výzkumného -et ení.....	30
6.2	Charakteristika výzkumného vzorku	31
7	Výsledky	32
7.1	Identifika ní údaje dotazovaných.....	32
7.2	Seznam kategorií.....	33
7.3	Kategorie 1- Za átek lé by	33
7.4	Kategorie 2 - Pot eby v hemodialyza ním st edisku	35
7.5	Kategorie 3 - Fyziologické pot eby	37
7.5.1	Pot eba nebýt unaven	37
7.5.2	Pot eba spánku a odpo ínku.....	37
7.5.3	Pot eba být bez bolesti.....	38
7.5.4	Pot eba výřvy	40
7.6	Kategorie 4 - Psychické pot eby	41
7.7	Kategorie 5 - Sociální pot eby	42
7.8	Kategorie 6 - Volný as	43
7.9	Kategorie 7 - Domácí hemodialýza.....	45
8	Diskuze	47
9	Záv r	54
10	Seznam pouřité literatury	56
12	Seznam p íloh.....	61

13 Seznam zkratek	62
--------------------------------	-----------

Úvod

Dialyzační léčba slouží k očištění krve nemocných a nahrazuje tak funkci jejich ledvin. Provádí se formou hemodialýzy i peritoneální dialýzy. Je to základní léčebná metoda u pacientů s onemocněním ledvin, která je potřebná ke zlepšení kvality jejich života. V České republice se v dialyzačním programu momentálně nachází téměř 12 tisíc pacientů. Ovšem jelikož se prodlužuje délka života a stoupá v křivce hranice nemocných, po ty dialyzovaných pacientů se neustále zvyšují. V dnešní době tedy dialýzu podstupují nejen mladí lidé, ale i lidé ve velmi pokročilém věku. Jelikož tato léčba nezahrnuje kompletní uzdravení nemocného, ale je pouze dočasným nahrazením ledvinových funkcí, musí pacienti prokázat velké úsilí, sebekázeň a omezení. Život těchto pacientů se tak stává zatížícím po všech stránkách. Nemocní jsou nejednou dlouhodobě spojeni s dialyzačním přístrojem, který má zabránit styl jejich života. Z toho důvodu dochází u těchto klientů ke změnám jak biologických, tak psychických i sociálních potřeb. Je proto důležité, zabývat se těmito potřebami a potřebami pacientů a snažit se je dostatečně pochopit a hlavně uspokojit.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, v jaké oblasti potřeb jsou pacienti nejvíce omezeni a které potřeby jsou pro ně nejdůležitější. K dosažení tohoto cíle nám pomohly polostrukturované rozhovory, které byly uskutečneny s hemodialyzovanými pacienty.

Toto téma jsem si vybrala proto, abych se mohla lépe orientovat v potřebách pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Získané informace pak budu moci využít v praxi, což jistě povede ke zlepšení kvality ošetřovatelské péče.

1 Selhání ledvin

Maák et al. (2012) uvádí, že selhání ledvin neboli renální insuficience, nastává při akutním poškození ledvin. Selhání provází klinické příznaky, kterým souhrnně říkáme akutní selhání ledvin. Při něm se v krvi hromadí odpadní látky, zejména metabolity bílkovin, jako močovina, kyselina močová a kreatinin a dále také draslík. Selhání ledvin pak dělíme na dva typy, a to akutní selhání a chronické onemocnění ledvin.

1.1 Akutní selhání ledvin

Podle Nováka et al. (2008) je akutní selhání ledvin náhlý pokles renálních funkcí s retencí dusíkatých a nedusíkatých látek. Šeďka et al. (2010) říká, že obecně můžeme toto selhání charakterizovat jako náhle vzniklou neschopnost ledvin odstranit z organismu zplodiny metabolismu. Maák et al. (2012) uvádí, že akutní selhání nastává zejména při toxickém poškození ledvin, například uinkem jedovatých hub nebo transfuzí inkompatibilní krve. Jako zajímavost Šeďka et al. (2010) uvádí, že selhání se vyskytuje zhruba u 30 % nemocných na jednotkách intenzivní péče a je u těchto nemocných spojeno se značnou morbiditou a mortalitou, zejména v případě tzv. multiorgánového poškození (Šeďka et al., 2010). Jelikož je prognóza akutního selhání ledvin závislá na vyvolávající příčině, je na místě včas stanovit diagnózu a poskytnout zdravotnickou péči. Jedině tak lze snížit riziko možných komplikací i riziko vzniku chronického selhání ledvin (Merta, 2009).

Jelikož akutní selhání ledvin je dynamický proces zahrnující široké spektrum renálních dysfunkcí, byla navržena jeho nová definice, a to *akutní poškození ledvin* (dále jen AKI). Pro usnadnění klinické péče a výzkumu byl zároveň v roce 2004 zaveden nový klasifikační systém RIFLE (Risk - riziko, Injury - poškození, Failure - selhání, Loss of kidney function - ztráta funkce, End-stage kidney disease - konečné stadium), podle kterého dělíme AKI do 5 stádií (Thomas et al., 2015). Stav poškození renálních funkcí v tomto případě posuzujeme podle glomerulární filtrace (dále jen GF) (Pacovský et al., 2016). První stadium je charakteristické poklesem GF o 25 %. U druhého stadia je pokles GF okolo 50 %. Pokles GF o 75 % značí třetí stadium. Čtvrté stadium je typické pro přetrvávající akutní selhání, kdy po týdnech a více týdnech dochází k úplné ztrátě ledvinné funkce, a páté stadium, terminální selhání ledvin, se vyznačuje trvalou ztrátou ledvinné funkce trvající více než 3 měsíce, kterou je nutno nahradit dialyzou nebo transplantací ledvin (Šeďka et al., 2010).

Příiny AKI dílíme na prerenální, renální a postrenální. Do prerenálních, neboli obhových příin adíme např. snížený srdeční výdej a systémovou vazokonstrikci nebo vazodilataci. Mezi renální ili parenchymové příiny patří např. ischemické poškození tubul ili toxické působení antibiotik ili chemoterapeutik. Do postrenálních příin pak patří např. obstrukce močových cest ili močového měchýe nebo hematom retroperitonea (Pacovský et al., 2016).

Základem léby je zejména terapie základního onemocnění. Dále je zahájena symptomatická léčba, jakou je např. substituce tekutin, zvýšený přísun kalorií, diuretika, v případě potřeby inzulín a glukóza a při konzervativně nezvládnutelném provedení, hyperkalemii, metabolické acidóze ili uremickém syndromu je zahájena léčba akutní hemodialýzou (Karges, Dahouk, 2011).

1.2 Chronické onemocnění ledvin

Chronické onemocnění ledvin neboli chronic kidney disease (dále jen CKD) je podle ehoové et al. (2010) stádium chronickým renálních onemocnění, kdy funkce ledvin klesne na takovou úroveň, že dochází k výrazným změnám extracelulární tekutiny. e-ka et al. (2010) říká, že CKD je stav, kdy je funkce ledvin snížena natolik, že ledviny nejsou schopny udržet normální složení vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek a medikamentózních opatření, a k prodloužení života nemocného je pak zapotřebí použít metody nahrazující funkci ledvin, jako je dialýza nebo transplantace.

Mezi nejastější příiny máme podle Hrubého a Mengerové (2010) zařadit zejména diabetes a arteriální hypertenzi. S nimi souhlasí také Karges a Dahouk (2011), podle kterých je diabetes příinou ve 40 % případě a hypertenze ve 25 %. Jelikož výše zmíněné příiny dnes umíme účinně léčit, v tina nemocných s těmito chorobami žije dlouho a následně se dožívají rozvoje chronického onemocnění ledvin a s ním spojené léčby dialýzou. V tina nemocných, kteří se léčí pomocí hemodialýzy ili peritoneální dialýzy, proto tvoří starší pacienti s diabetem ili arteriální hypertenzí (Hrubý, Mengerová, 2010).

V současné době rozlišíme 5 stádií chronického onemocnění podle KDOQI (Kidney-ledviny, Disease-onemocnění, Outcomes-výsledky, Quality-kvalita, Initiative-iniciativa), kdy 5. stádium odpovídá chronické selhání ledvin a stádia 2-4 lze označit jako chronickou renální insuficienci (e-ka et al., 2010). Podrobnější popis těchto stádií s klinickými příznaky popisují Karges a Dahouk (2011). Říkají, že 1. stádium je kompenzované chronické stádium se sníženou renální funkční rezervou a projevuje se polyurií a nykturií. Stádium 2. je kompenzovaná retence projevující se renální anémií a

hypertenzí. U 3. stádia jsou klinickými příznaky retence sodíku a vody s nárůstajícími otoky tzv. šfluid lungō, srdeční nedostatečnost, polyneuropatie a pruritus a je to stádium dekompenzované retence, preuremie a preterminální ledvinové nedostatečnosti. Nakonec 4. stádium, tedy terminální ledvinová insuficience a uremie, se projevuje uremickým foetor ex ore, perikarditidou a pleuritidou, encefalopatií, trombocytopenií a trombocytopatií (Karges, Dahouk, 2011).

2 Metody náhrady funkce ledvin

Chronické onemocnění ledvin je přítomno u 10,612 % dospělé populace. Vzhledem k významnému vzestupu jeho prevalence i incidence dochází k vzestupu počtu nemocných s chronickým selháním ledvin a pacientů s konečným nezvratným selháním, kdy udržení homeostázy organismu není možné bez náhrady funkce ledvin. Proto je možná náhrada ledvinové funkce, ať už se jedná o hemodialýzu, peritoneální dialýzu i transplantaci, jedním z nejvýznamnějších úspěchů medicíny a prodlužuje život těchto nemocných (Lyerová, 2012).

2.1 Hemodialýza

Nemocní v terminálním stádiu selháním ledvin musí být léčeni náhradou funkce ledvin pomocí dialyzačních metod nebo transplantací ledvin. Z dialyzačních metod dnes nejčastěji používáme hemodialýzu (Češka et al., 2010). Tato metoda byla nalezena poprvé úspěšně provedena roku 1944 holandským lékařem Willemem J. Kolffem (Češková et al., 2010).

Hrubý a Mengerová (2009) říkají, že hemodialýza je jednou z léčebných metod chronického selhání ledvin, která nahrazuje očišťovací funkci ledvin (Hrubý, Mengerová, 2009). Kráča (2011) popisuje hemodialýzu jako metodu, která využívá fyzikálního principu dialýzy, tedy oddělování látek z roztoku různé molekulové hmotnosti přes semipermeabilní membránu pomocí difúze a filtrace (Kráča, 2011). Cílem hemodialýzy je zejména odstranění nadbytečné vody a odpadních látek, jako je kreatinin, fosfor a urea z krve (Kracíková, 2011), a dále úprava elektrolytové dysbalance a abnormality v acidobazické rovnováze (Kráča, 2011).

Léčba probíhá v hemodialyzačním středisku zpravidla 2-3krát týdně a trvá standardně 4 až 5 hodin (Češka et al., 2010). Světové průzkumy ukazují, že kratší cykly hemodialýzy nejsou vhodné, jelikož vedou k větší mortalitě pacientů. Přidání

hemodialýzách se navíc zlep-uje eliminace vody s ni-ším rizikem hypotenzí (Nedbálková, 2011).

Je d lefité, aby pravidelná dialyza ní lé ba byla zahájena v as (e-ka et al., 2010). I p esto, fe praktický léka by m l pacienty sledovat a p ípadn je v as odeslat do nefrologické ambulance, není celá ada nemocných v as rozpoznána a jejich první setkání s nefrologem je afl p i akutním zahájení dialyza ní lé by p i zjevné urémii. Jsou to tzv. špacienti z ulice (Janou-ek et al., 2008). Pokud jsou ov-em pacienti pravideln sledováni, rozhodnutí zahájení lé by je zalofené zejména na klinických projevech a biologických ukazatelích (eho ová et al., 2010). e-ka et al. (2010) uvádí vhodnost zavedení lé by p i vzestupu koncentrace urey nad 30 mmol/l, kreatininu mezi 600-800 mmol/l a poklesu clearance kreatininu pod 0,25 ml/s, u diabetik zpravidla o n co d íve (e-ka et al., 2010). Není ov-em vhodné vycházet jen z laboratorních hodnot, jelikofl stav nemocného musí být vfdy posouzen komplexn . Dal-ími d vody k asnému zahájení lé by jsou hyperhydratace, hypertenze, hyperkalémie, metabolická acidóza, t flká neuropatie a jiné projevy urémie, které jifl nelze zvládnout konzervativní lé bou (eho ová et al., 2010).

2.1.1 Princip hemodialýzy

P i hemodialýze je krev o i-ována v mimot lním ob hu pomocí speciálního filtru, tzv. dialyzátoru, do kterého je krev vhán na z jedné dialyza ní kanyly pomocí mechanické oto né pumpy. Tento filtr tvo í velké mnofství tenkých trubi ek (kapilár), jimi- fl protéká o i-ovaná krev (Hrubý, Mengerová, 2009). Z vn j-í strany je dialyzátor omýván tzv. dialyza ním roztokem, cofl je roztok obsahující zpravidla natrium, kalcium, kalium, magnesium a u diabetik navíc glukózu (Nedbálková, 2011). Na základ difúze (rozdílem osmotických koncentrací látek mezi krví a dialyza ním roztokem) dochází v dialyzátoru k odfiltrování organických i anorganických látek do dialyza ního roztoku a sou asn je ultrafiltrací neboli konvekcí (rozdílem hydrostatických tlak na obou stranách dialyza ní membrány) odstra ována z krve voda a v ní rozpu-t né látky (e-ka et al., 2010). Po odfiltrování v-ech odpadních látek a vody je krev z mimot lního ob hu vrácena druhou dialyza ní kanylou zp t do t la pacienta (Hrubý, Mengerová, 2009).

Jelikofl je hemodialýza mimot lní o i-ovací metodou, p i kterém p ichází krev do styku s cizím materiálem, zvy-uje se riziko sráflení krve v dialyzátoru i krevních setech. Proto je p i hemodialýze nutná antikoagula ní lé ba, kdy je podáván nej ast ji heparin, a to kontinuáln , i intermitentn (e-ka et al., 2010). Následn po skon ení procedury

tedy není vhodné provádět jakékoliv invazivní zákroky (Chrobová, Třápanková, Těvřík, 2010). Je ovšem možné zvolit i tzv. bezheparinovou hemodialýzu, a to u nemocných s krvácivými projevy (Češka et al., 2010). V tomto případě se provádí proplachy fyziologickým roztokem nebo citrátová antikoagulace (Nedbálková, 2011).

2.1.2 Predialýza

Predialýza je období, kterým prochází každý pacient před začleněním do pravidelné léčby (Pavlicová, 2013). Každý dlouhodobě nemocný sledovaný v nefrologické poradně pro onemocnění ledvin by měl být před zahájením pravidelného dialyzačního programu předem připraven (Polakovi, 2014). V této době by měl pacient dostat všechny informace a měl by mu být zodpovězeny všechny otázky. Je seznámen se s výhodami i nevýhodami jednotlivých druhů léčby a měl by si vybrat, jestli si za náhradu funkce ledvin zvolí hemodialýzu či peritoneální dialýzu, což vede k lepší adaptaci na léčbu. Dlefitou funkci má v predialýze i multidisciplinární tým, v němž hraje klíčovou roli nefrologická sestra, která pacienta edukuje (Pavlicová, 2013).

Do predialýzy je zahrnuto i očkování proti hepatitidě B, která se v českých dialyzačních střediscích vyskytuje asi 10% v USA a západní Evropě (Janoušek et al., 2008) a nezbytnou součástí je samozřejmě včasné založení kvalitního cévního přístupu (Češka et al., 2010).

2.1.3 Cévní přístupy

Cévní přístup umožňuje opakované napojení krevního oběhu nemocných na mimotělní oběh umělé ledviny, což je základní podmínkou pro dialyzační léčbu (Chrobová et al., 2010). Měl by mít dostatečný průtok a zajistit průvod krve o objemu 200 až 500 ml/min (Viklický, Rajnochová, 2013). Polakovi (2014) uvádí, že by se také dalo říct, že průtok má být takový, aby se pacientovi během jedné dialýzy přefiltrovalo tolik krve, kolik sám váží v kilogramech.

V současné době existují 3 základní typy přístupů. Je to arteriovenózní fistule (dále jen AVF) jinak také zkrat nebo shunt, arteriovenózní graft (dále jen AVG) a centrální venózní katetr (dále jen CVK) (Polakovi, 2014).

Zlatým standardem a nejvíce používaným přístupem je podkožní AVF. Tento zkrat zakládá cévní chirurg spojením tepny a žíly nejčastěji na paži mezi arteria radialis a vena cephalica (Češka et al., 2010). Zkrat umožňuje vyšší průtok krve v žíle, čímž její stěna zesílí a dá se opakovaně napichovat dialyzačními jehlami (Polakovi, 2014). Při prvním zakládání AVF je preferováno vybírat nedominantní končetinu a snažit se zkrat uložít co nejnižle, aby bylo možné v případě potřeby založit nový zkrat na téže končetině.

o n co vý-e (Janou-ek, 2008). AVF je možné poufřívat řadu let, má z cévních p řístup nejlep-ří funk nost a zároveň má nejniř-ří míru komplikací. Jeří jedinou nevřhodou je, ře se musí zalofřit nejměn 6 řydn p ed za řtkem lé by. Tak dlouho trvř, neř se stane dostate n funk nř a je možné ji poufřit (Polakovi , 2014).

Dal-řm cévnřm p řístupem je AVG, cofř je spojka zalofřenř s poufřitřm protetického materiřlu, neř ast ři teflonu. U tohoto p řřstupu je poufřit cévnř ř-t p ř, který se vlořř mezi tepnu a hlubokou řřřlu a nřsledn ře umřřt n v podkoffř, aby bylo možné jej napřchnout dialyza nřmi jehly (Polakovi , 2014). Poufřřvř se u pacient , kte ř mají nevhodnř řřřnř systēm, nap ř. u diabetik (e-ka et al., 2010). Vřhodou graftu je, ře lze poufřřvat jřřř za 2 ařř 4 řydney po zalofřenř. Ov-em nevřhodou je u n j v ř-ř vřskyt infek nřch komplikací a krat-ř doba poufřitelnosti (Polakovi , 2014).

ulřkovř (2008) upozor uje, ře na kon etin s jakoukoliv cévnř spojkou se nesmř m řit krevnř tlak, odebřřvat krev a aplikovat intravenořznř injekce.

Po zalofřenřch cévnř spojk y by pacienti m ři břřt pou eni o tom, jak se sprřvn řmřřt, jak spojk u dezinfikovat a ře je vhodnē mřřsto vpichu udrřřovat v řstot a bez poran nř. Za normřlnřch okolnostř je v mřřř spojk y sly-řitelnř ř-řm a hmatnř vřřř a spojka i jeřř okolř jsou klidnē. Pokud si pacient v-řřme, ře vřř slřbbe nebo ře se v mřřř spojk y objevila nap ř. bolest, zarudnutř ři otok, je řeba toto ihned nahlřřsit o-et uřřřimu personřlu, aby mohla břřt zahřřjena p řřpadnř lē ba (Polakovi , 2014).

Centrřlnř venořznř katetry d řřme na do řsnē a trvalē, tzv. Permcathy (eho ovř et al., 2010). Do řsnē katetry se poufřřvřjř pro pot ebu okamřřitēho zahřřjenř dialyzy zpravidla u řpacient z uliceo s akutnřm selhřnřm ledvin. Poufřřvřjř se v ř-řinou dvojcestnē CVK, kdy jednou linkou (arteriřlnř) se krev odebřřř a druhou linkou (venořznř) se krev vracř zp řt (Polakovi , 2014). Pacientovi je zaveden katetr neř ast ři do vena jugularis (mēn řasto do vena subclavia ři vena femoralis) a m ře se za řřt ihned poufřřvat (e-ka et al., 2010). Do řsnē CVK by m řly břřt poufřřity jen u hospitalizovanřch pacient a nem řly by břřt ponechřny v řřřle vřce jak 10 dnř (Polakovi , 2014). Permcathy jsou poufřřvřny zpravidla u pacient , kte ř ekejř, neř řim bude zalofřena AVF, jako do řsnē e-enř (Polakovi , 2014). Mohou břřt takē zavedeny nap ř. u pacient se snřřřenou systolickou funkcř, kdy se nedoporu uje aplikovat AVF, jelikořř ta vřrazn řvy-řje srdē nř vřdej a jeřř poufřřitř by mohlo u pacienta vyvolat srdē nř selhřnř (e-ka et al., 2010). Nevřhodou CVK oprotř AVF je krat-ř řřvotnost, niř-ř pr tok krve, cofř znamenř del-ř dialyzy a nepochybn řvy-řř riziko infekce. Jedna univerzitnř prřce z Nizozemska navř doklřdř zvy-enou mortalitu u pacient s CVK

oproti pacientům s AVF, a to zejména u starších pacientů (Nedbálková, 2011). Všechny výše zmíněné cévní přístupy mají sloužit pouze pro potřeby hemodialýzy. (Čulíková, 2008).

2.1.4 Komplikace hemodialýzy

Při poskytování zdravotní péče není žádný výkon bez rizika komplikací. Ať už se jedná o výkony léčebné nebo diagnostické, vždy se mohou nastat jakékoliv komplikace objevit. Mohou vzniknout krátce po výkonu nebo s odstupem času (Vondráček, 2008).

Češka et al. (2010) uvádí, že nejčastějšími komplikacemi hemodialýzy jsou hypotenze. K ní dochází, vyskytující se častěji v dolních končetinách, vznikají zpravidla při velkém úbytku či nedostatku tekutin. Hypotenze obvykle souvisí s přílišnou rychlou ultrafiltrací, což bývá akutně řešeno doplněním tekutin infuzí fyziologického roztoku (Češka et al., 2010).

Akutně jsou dialyzovaní pacienti ohroženi na život zejména edémem plic při plynové, a to zejména anurie u pacientů nebo hyperkalémií s maligní arytmií (Čehořová et al., 2010). Mezi chronické komplikace patří například hypertenze, hypertrofie levé komory srdce, anémie, renální kostní nemoc, polyneuropatie a uremický pruritus (Češka et al., 2010).

Nejčastějšími komplikacemi, které bývají zároveň příčinou úmrtí, jsou komplikace kardiovaskulární (Viklický, Rajnochová, 2013). I podle Viklického et al. (2011) jsou nejčastější příčinou úmrtí kardiovaskulární komplikace, a to až v 50 %, a dále pak komplikace infekční, a to ve 20 % případů. Podle Dostálové (2015) jsou dialyzovaní pacienti ohroženi rychlejším rozvojem aterosklerotických změn. Čehořová et al. (2010) uvádí, že nejčastějšími kardiovaskulárními komplikacemi jsou srdeční selhání, ICHS, hypertenze, uremická perikarditida a bakteriální endokarditida. Češka et al. (2010) říká, že srdeční infarkt a náhlá smrt jsou ve věkové kategorii 15 až 35 let u dialyzovaných nemocných 100krát častější a ve skupině nad 55 let 10krát častější než u ostatní populace. Na kardiovaskulární komplikace bohužel umírá až 45 % dialyzovaných pacientů (Čehořová et al., 2010).

Další komplikace mohou nastat v souvislosti s cévním přístupem. Je proto důležité pravidelně sledovat, zda se na žilových katech (končetin s cévním přístupem) neobjevuje například edém či známky zánětu. Nejčastější komplikací je trombóza či stenóza AVF či CVK. Dále může dojít k ischemii žilového katechu nebo ke katetrové sepsi (Čehořová et al., 2010).

Vzhledem k možnému rozvoji těchto komplikací by měla být pacientům poskytována komplexní péče, která kromě jednotlivých procedur zahrnuje i pravidelné klinické a laboratorní sledování (Viklický, Rajnochová, 2013).

Podle Chroňové et al. (2010) mluvíme do komplikací spojených jak s léčbou, tak se samotným onemocněním, za adit také specifické problémy, jakými jsou například pokles fyzické kondice, sexuální aktivity, ztráta zaměstnání i nutnost změny pracovního zázemí. Při stanovení diagnózy selhání ledvin se do zaměstnání již nevrátí téměř 2/3 pacientů. Tyto problémy trápí zejména mladou populaci pacientů.

2.1.5 Výživa a dietní doporučení

Hrubý a Mengerová (2009) říkají, že při pravidelném dialyzačním léčení je správná dieta stejně důležitá, jako užívání předepsaných léků, jelikož sama významně ovlivňuje vývoj některých komplikací, kvalitu života, nemocnost a úmrtnost (Hrubý, Mengerová, 2009).

Správná výživa má tři hlavní cíle, a to omezení tzv. uremické toxicity neboli šetrnosti krve zplodinami látkové směsi, zabránění podvýživě a zpomalení vývoje chronického selhání ledvin (Hrubý, Mengerová, 2010).

Češka et al. (2010) píší, že dialyzovaní pacienti by měli mít dostatečný přísun bílkovin (1,2-1,5 g/kg/den) a energie (150-160 kJ/kg/den). Rozdíl je u pacientů v predialyzačním období, kterým je naopak doporučena nízkobílkovinná dieta (Chroňová et al., 2010), jelikož nadbytek bílkovin vede ke zvýšené produkci odpadní látky urey, kterou vylučují právě ledviny (Hrubý, Mengerová, 2010). Dále je třeba dávat si pozor na nadměrný přísun sodíku, který může vést k zadržování tekutin a zvýšení krevního tlaku, fosforu, který v nadbyteku může oslabuje kosti, a draslíku, jehož nadbytek může ohrozit srdeční činnost (Hrubý, Mengerová, 2009). V neposlední řadě je vhodné doplnovat stravu o vitamíny B a C (Češka et al., 2010).

Nemocné v dialyzačním programu nejvíce omezuje redukce tekutin. Pacient má stanovenou tzv. suchou hmotnost, při které nejsou žádné známky hyperhydratace ani dehydratace, a na základě této váhy je během hemodialyzačních procedur nastavena ultrafiltrace vody (Chroňová et al., 2010). V denním režimu je pak nutné upravit příjem tekutin podle velikosti pacientovi diurézy, kdy je anurickým pacientům doporučeno jen 500 ml/den (Češka et al., 2010). Obecně je nemocným doporučován příjem tekutin dle následující rovnice: příjem tekutin za 24 hodin = množství moči za 24 hodin + 500 ml (Chroňová et al., 2010).

Je nezbytné, aby všechna dietní omezení byla vyhotovena každému pacientovi individuálně podle funkce jeho ledvin a celkových potřeb organismu (Hrubý, Mengerová, 2010).

2.1.6 Domácí hemodialýza

Tato metoda dialýzy je zatím celkem ojedinelá, ale postupně se začíná rozvíjet a stává se oblíbenou. Zájem o ni mají například matky, kterým vyhovuje, třeba, který by strávily v dialyzačním centru, mohou trávit doma s dětmi, nebo starší pacienti, u kterých hraje roli zejména to, že se nemusejí týdně dopravovat do dialyzačního centra a mohou si hemodialýzu provést sami v pohodlí domova.

Domácí hemodialýza spočívá v tom, že pacient má doma svůj vlastní dialyzační přístroj, který si obsluhuje sám (Wildová, 2015). Pacienti mohou vyuffít krátkých denních dialýz, které si provádí 5krát až 7krát týdně po dobu 2 až 3 hodin nebo dlouhých nočních dialýz, které mají být v minimální frekvenci 3krát týdně, ale většinou jsou obden nebo každý den (Ságová, 2016). Domácí hemodialýza je vhodná především pro motivované pacienty, kteří jsou zruční a aktivní a chtějí mít léčbu ve svých rukou (Malánová, 2016).

Velmi významnou výhodou domácí hemodialýzy je, že odpadá cestování na hemodialyzační středisko. Nemocní mohou běžně chodit do zaměstnání, trávit více času se svou rodinou a dialýzu si upravit tak, jak se jim to osvědčí.

Z psychologického hlediska se pak zlepšuje pacientova nezávislost, zodpovědnost a sebevědomí. U pacientů v intenzifikovaném režimu bylo navíc prokázáno snížení depresivního skóre měřené Beckovou škálou depresivity (Ságová, 2016). Velkou roli hrají i výhody zdravotní. Ve studii, kde byli porovnáváni pacienti podstupující dialýzu 6krát týdně s pacienty podstupujícími léčbu 3krát týdně, bylo prokázáno, že vyšší frekvence dialýz jsou spojené s příznivějšími výsledky, což se týká úmrtnosti a výskytu hypertrofií levé komory srdce (Chertow et al., 2010). Další výhodou je například zlepšení kvality spánku. U pacientů převedených z konvenčního režimu na krátké denní domácí hemodialýzy studie prokázaly snížení výskytu šneklidných nohou a pokles frekvence spánkové apnoe. Měly bychom také zmínit studii, která se v souvislosti s dialyzační léčbou zabývala poruchami fertility. Bylo zjištěno, že po převedení z konvenční dialýzy na dlouhé noční domácí dialýzy se zvýšila úspěšnost a donositelství plodu a zároveň byla zvýšena porodní hmotnost novorozence (Ságová, 2016).

Existují i rizika domácí dialýzy. Jedná se zejména o infekční komplikace v souvislosti s AVF. Příčinou bývá nejčastěji v technice napichování cévního přístupu. V

dialýza ních st ediscích je AVF napichována pokaždé v jiném míst . Oproti tomu v domácím prost edí je ásto poufřívána tzv. metoda knoflíkové dírky, p i nífl je pokaždé napichováno stejné místo. Tato technika je oblíbená zejména pro snadné zavád ní jehel a jednoduchou edukaci pacienta. Bohužel ale vykazuje nejvyšší riziko infekce (Ságová, 2016).

Domácí hemodialýzu doprovázejí i ur itá pravidla. Pacient by m l jednou m sí n absolvovat proces o i-t ní krve v hemodialýza ní m st edisku, kde zároveň prob hnou kontrolní odb ry, prohlídka léka em a zkontroluje se cévní p ístup. Jedenkrát do m síce také chodí sestra k pacientovi dom . Zkontroluje, zda nemocný provádí v-echny úkony správn a prohlédne dokumentaci, kterou si pacient po každém zákroku vede. Dále se doporu uje, aby pacient nebyl v pr b hu domácí lé by sám a m l po ruce n koho, kdo by v p ípad nenadálé situace zavolal pomoc (Malánová, 2016).

2.2 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza je intrakorporální ili vnit ní metodou o i- ování ledvin, která jako dialýza ní membránu vyuffřívá peritoneum (eho ová et al., 2010). Je to zp sob lé by, kterou si po odborném za-kolení provádí pacient sám doma (Kracíková, 2011). Viklický et al. (2008) uvádí, že u nás tuto metodu podstupuje kolem 7 afl 8 % dialyzovaných pacient . eho ová et al. (2010) íká, že v R je touto dialýzou lé eno asi 10 % nemocných. Profesorka Opatrná (2016) v rozhovoru pro asopis St že uvádí, že peritoneální dialýzu postupuje 8-10 % v-ech dialyzovaných pacient , ale ideálním íslem by podle ní bylo 25-30 % pacient . Ve sv t se zastoupení pohybuje kolem 10 afl 15 % (Viklický et al., 2008).

2.2.1 Princip peritoneální dialýzy

P i peritoneální dialýze je dialýza ní roztok napu-t n do dutiny b i-ní a je v ní trvale p ítomen. Odpadní látky a voda pak pronikají z krve krevními vláse nicemi do dialýza ního roztoku a zp t p es peritoneum, které se chová jako polopropustná membrána (Kracíková, 2011). Tato metoda vyuffřívá k odstra ování odpadních látek, stejn jako hemodialýza, principu difúze (rozdílu osmotických koncentrací látek mezi krví a dialýza ní m roztokem). Retinovaná voda je pak z organismu odstra ována konvekcí, ov-em ne za poufřítí hydrostatického tlaku, jako je tomu u hemodialýzy, ale pomocí tlaku osmotického (Viklický et al., 2008) a jako osmotické ínidlo je v tomto roztoku poufřita glukóza o r zné koncentraci (eho ová et al., 2010). ím více vody

potřebujeme z těla pacienta odstranit, tím zvýší koncentraci glukózy použijeme (Kracíková, 2011).

2.2.2 Formy peritoneální dialýzy (CAPD, CCPD)

Podle Šehoové et al. (2010) je nejčastěji používanou formou u této metody kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (dále jen CAPD), při které si nemocný 3krát až 5krát denně sám provádí aseptickou výměnu dialyzačního roztoku, který má objem 1 500 až 3000 ml. Šeška et al. (2010) uvádí, že při této metodě je dialyzační roztok v břiše ponechán vždy 6 hodin a mění se 4krát denně. Podle Viklického et al. (2008) je frekvence výměny stejná jako podle Šešky et al. (2010) 4krát denně a objem dialyzačního roztoku jiný obvykle 2000 ml. Dialyzační roztok lze tělům nit pomocí přístroje pro automatizovanou peritoneální dialýzu tzv. cycleru (CCPD) (Viklický et al., 2008). Přístroj je schopen automaticky provádět výměny dialyzačního roztoku a preventivní část léčby tak probíhá obvykle v nočních dobách (Kracíková, 2011). Cycler pak v noci provádí sérii krátkých výměn (Šehoová et al., 2010).

2.2.3 Přístup pro peritoneální dialýzu

Podmínkou pro zahájení peritoneální dialýzy je stejná jako u hemodialýzy bezproblémové založení přístupu, v tomto případě speciálního katetru do dutiny břišní (Viklický, Rajnochová, 2013). Viklický et al. (2008) uvádí, že dialyzační katetr se zavádí obvykle chirurgicky a v břišní stěně je pevně fixován proražením vaziva do manžet katetru. Kracíková (2001) říká, že katetr je možno zavést také punkční metodou v lokální anestezii. Pacient by po zavedení katetru měl být ještě přibližně jeden týden hospitalizován (Kracíková, 2011). Vyústění katetru tzv. šexit siteo by mělo být za normálních podmínek zcela klidné, bez barevných změn a bez sekrece. Na konci katetru je pak upevněná koncovka, na kterou se napojuje set s vaky (Viklický et al., 2008). Obvykle se pro výměnu dialyzačního roztoku používá systém s dvojitými vaky, kdy jeden vak je naplněn roztokem a druhý prázdný. Pacient napojí oba vaky na set, nejprve vypustí roztok do prázdného vaku a poté břišní dutinu napustí novým roztokem. Jedna výměna s přípravou zabere pacientovi asi 20 až 30 minut (Kracíková, 2011).

Je na místě zmínit také kontraindikace, které znemožňují zahájit peritoneální dialýzu. Podle Leyrové (2012) sem patří například rozsáhlé břišní operace v anamnéze, přítomnost kýlu, obrovské polycystické ledviny nebo zánětlivé procesy střeva. Překážkou by naopak podle ní rozhodně neměl být věk (Leyrová, 2012).

2.2.4 Výhody peritoneální dialýzy

Co se týče hlavních výhod peritoneální dialýzy, Viklický a Rajnochová (2013) mezi ně řadí zejména hemodynamickou stabilitu, vyrovnaný stav vnitřního prostředí, méně zastoupení renální anémie a hlavně delší udržení reziduální diurézy vlastních ledvin. Valkovský (2016) uvádí, že přežívání dialyzovaných je v prvních letech u pacientů s peritoneální dialýzou oproti pacientům na hemodialýze vyšší, a to pravděpodobně proto, že při peritoneální dialýze se déle udržívá právě reziduální renální funkce (Valkovský, 2016). A pokud má pacient déle zachovanou reziduální diurézu, má méně omezení pitného režimu, méně výkyvy hmotnosti, méně kolísání krevního tlaku, lepší kardiální stabilitu a tím i lepší prognózu (Lyerová, 2012). Šehořová et al. (2010) řadí do hlavních výhod navíc to, že léčba je kontinuální, není třeba cévní přístup a s ním spojená antikogulace a je zde nižší riziko hyperkalcémie. Viklický a Rajnochová (2013) dále uvádí, že zásadní výhodou této metody je také samostatnost pacienta, jelikož ten si provádí dialýzu sám a na kontroly do dialyzačního střediska dochází pouze jednou za 4 až 6 týdnů. Viklický et al. (2008) říká, že na těchto kontrolách se pak posuzuje stejně jako u hemodialyzovaných pacientů reziduální diuréza, adekvátnost dialýzy, koncentrace daných látek v krvi, krevní obraz, fosforo-kalciový a lipidový metabolismus a stav nutriční a hydratační. Dále se hodnotí okolí ústní katetru (sekrece, zarudnutí, krusty) a vyšetřuje se dialyzát (Viklický et al., 2008).

2.2.5. Komplikace peritoneální dialýzy

Hlavní komplikací peritoneální dialýzy je peritonitida. Jedním z varovných signálů jejího nástupu mohou být, jak prokázala jedna studie z roku 2012, zejména zafřívací obtíže pacientů. Proto je třeba dbát na prevenci a včasnou léčbu těchto obtíží (Su et al., 2012). Jihl pítomnou peritonitidu pak jednotlivá střediska léčí podle svých vypracovaných terapeutických postupů, kdy se v tčínou používají intraperitoneální aplikace antibiotik (Viklický et al., 2008). Pokud se peritonitida opakuje, je vhodné přemýšlet nad tím, zda u pacienta raději nezavést hemodialýzu (Viklický, Rajnochová, 2013).

2.3 Transplantace ledvin

Podle Šekey et al. (2010), je transplantace nejvýhodnější terapií chronického selhání ledvin (Šekey et al., 2010). Tato metoda je jedinou náhradou ledvinové funkce, která v případě úspěšné transplantace nabízí kompletní náhradu všech renálních funkcí.

Nemocný má p i této metod nejlep-í prognózu, a to i p es nutnost trvalého uflívání imunopresivní lé by (eho ová et al., 2010).

K transplantaci je indikován kaflký chronicky nemocný, který nemá fládné kontraindikace lé by. Za tyto kontraindikace jsou považovány v-echny stavy, které by pacienta v pr b hu operace ohrozily na flivot (nap . akutní infekce, srde ní selhávání, koagula ní poruchy), v poopera ním období zvy-ují riziko morbidity, nebo ty, které významn omezují doflití pacienta (nap . maligní tumory, chronické infekce, AIDS) (e-ka et al., 2010).

Transplantace ledviny je moflná od flivého i mrtvého dárce. flivým dárce m je nej ast ji pokrevn p íbuzný (rodí , sourozenec), m flé být i nepokrevn p íbuzný (manflka) nebo emotivn sp ízn ná osoba (partner, p ítel) (eho ová et al., 2010). Zem elým dárce m flé stát jedinec, u kterého do-lo ke smrti mozku a nejsou u n j p ítomny známky ireverzibilního po-kození ledvin. (e-ka et al., 2010). Transplantace od flivých dárce je výkon plánovaný, s del-í imunologickou p ípravou, a proto má lep-í výsledky v p eflívání nemocných a -t p nefl transplantace od kadaverózních dárce . Tyto transplantace jsou provád ny zpravidla preemptivn , tedy p ed zahájením dialyza ní lé by (Viklický et al., 2008). Preemptivní transplantace mají lep-í výsledky, proto pokud nemá nemocný v okolí flijícího dárce, m l by být co nejd íve za azen do ekací listiny v kadaverózním programu (Lyerová, 2012). V sou asné dob je p eflívání transplantované ledviny ze flijících dárce afl 98 % a u kadaverózních dárce asi 95 % (Kholová, 2011).

Co se tý e komplikací, jako akutní m fléme uvést nap . tubulární nekrózy, trombózy tepny i flíly -t pu nebo infek ní komplikace. Do pozd j-ích komplikací adíme nap . kardiovaskulární komplikace, zp sobené zejména hyperlipidemií a arteriální hypertenzí. Ov-em jednou z nejzávafln j-ích komplikací je rejekce neboli odmítnutí transplantované ledviny. Setkáváme se s akutní a chronickou formou. Akutní rejekce je náhlé zhor-ení funkce -t pu zp sobené jeho imunitním po-kozením, které vzniká v prvních 3-6 m sících po transplantaci a to u 30-60 % v-ech p íjemc . Chronické nefropatie -t pu jsou stavy s postupn se zhor-ující funkcí -t pu, vznikající v d sledku imunitních i neimunitních mechanism (e-ka et al., 2010).

Je na míst také íct, co transplantace ledviny znamená pro pacienta. Jedná se zejména o prodlouflení a také zkvalitn ní jeho flivota. Po transplantaci pacientovi odpadají omezení a komplikace související s dialyza ní lé bou. Od t chto pacient se ov-em o ekává, flé budou nadále pln spolupracovat a pe liv uflívat imunopresivní

léky, které jsou nezbytné pro dobrou funkci transplantované ledviny (Homolková, 2012).

3 Potřeby dialyzovaných pacientů

Nemocniční ošetřovatelství má nezastupitelné místo v poskytování zdravotní péče, a proto se neobejde bez znalostí problematiky potřeb pacientů. Pokud chce sestra kvalitně ošetřovat pacienty, musí umět dobře poznat a uspokojovat jejich potřeby (Dufková, 2011). Je proto dobré umět poznat vlastní potřeby, které nám pomáhají pochopit jak sebe sama, tak potřeby ostatních lidí a učí nás tak toleranci a lepší orientaci ve svízelné situaci (Máňková, 2011). Je také velmi důležité brát jedince jako komplexní, holistickou bytost. Holistická teorie zastává názor, že potřeby jednotlivce mají být v harmonii a rovnováze (Plevová, 2011). Sestra by proto měla brát jedince jako celek a ošetřovat ho s individuálním přístupem (Tomagová et al., 2008).

Trachtová et al. (2013) uvádí, že potřeba je projevem nedostatku, chybí něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je nám, co člověk akutně potřebuje pro svůj život a vývoj (Trachtová et al., 2013). Potřebou můžeme také chápat jako nutnost organismu něco získat nebo se naopak něčeho zbavit a neuspokojení, které z potřeb se pak negativně projevuje na zdraví jedince. Pokud tedy není potřeba jedince uspokojena, může dojít k porušení fungování celé osobnosti. Potřeby pak můžeme rozdělit do čtyř skupin, na biologické neboli fyziologické, psychické, sociální a duchovní (Tóthová et al., 2014).

Znalost a uspokojování potřeb nemocného je jednou z nejdůležitějších součástí ošetřovatelského procesu. Zdravotní personál by proto měl uspokojovat potřeby pacientů vyváženým způsobem tak, aby jedinec v žádné oblasti nestrádal (Tóthová et al., 2014).

3.1 Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby, označované tělem jako primární, souvisí s fyziologickými podmínkami organismu a jejich uspokojování je nezbytné pro náš život (Tomagová et al., 2008). Uspokojování těchto potřeb by mělo být prioritou ošetřovatelského personálu (Tóthová et al., 2014).

Potřeba vyhnout se bolesti a nepříjemným zážitkům je jedním z nejsilnějších motivů lidského organismu. Bolest je charakterizována jako nepříjemná zážitkovost, která má u každého jedince odlišný projev (Tomagová et al., 2008). Bolest je u jedné z pěti dialyzovaných pacientů považována za závažnou komplikaci života. U

dialyzovaných pacient souvisí zejména s prodávající bolestí. Tito pacienti často trpí chronickou bolestí, zejména pohybového aparátu a hlavy (Haluzíková, Šimová, 2011). Je tomu tak až u 30 % všech pacientů (Viklický et al., 2010). Obecně platí, že bolest existuje tehdy, když pacient tvrdí, že ji má, a proto by tento subjektivní pocit pacienta neměl být nikdy podceňován. Ovšem navzdory tomuto faktu i zvyklému se po tu dialyzovaných pacientů, tedy pacientů s chronickou bolestí, bývá často problematika bolesti opomíjena (Haluzíková, Šimová, 2011).

Pro zmírnění bolesti je nejčastěji používána vizuální analogová škála VAS (Viklický et al., 2010). Léčba bolesti pak spočívá především ve farmakoterapii za použití analgetik nebo v psychologické terapii, kdy odvádíme pacientovu pozornost a snažíme se zaměřit pacienta na jiný stimul než bolest. Příznivý účinek na zmírnění bolesti mají i různé relaxační techniky. Významnou složkou péče o pacienta s bolestí je také komunikace s pacientem i s jeho rodinou. Ošetřující personál by při rozhovoru měl zjistit, jak bolest vnímá nejen pacient, ale i jeho okolí (Haluzíková, Šimová, 2011).

Je důležité mít na paměti, že bolest se odráží ve všech složkách osobnosti (Haluzíková, Šimová, 2011). Zasahuje do každodenního života a významně snižuje jeho kvalitu, narušuje spánek, zhoršuje fyzickou aktivitu a naopak vzrůstá strach a úzkost (Viklický et al., 2010).

V roce 2014 byla provedena studie, ze které vyplývá, že dialyzované pacienty nejvíce a nejčastěji trápí nespavost a bolest, a to zejména bolest kloubů a zad. Některé z těchto obtíží i jejich kombinací má až polovina pacientů (Šágová et al., 2015). Také ze studie Lizákové et al. (2017) je zřejmé, že dialyzované pacienty trápí bolest, nespavost a poruchy hybnosti, což velmi ovlivňuje celkovou kvalitu jejich života (Lizáková et al., 2017). Ošetřující personál by se tak měl zaměřit na individuální a cílené pátrání po vzniku těchto obtíží, vyhodnocovat je v rámci měsíčních kontrol a navrhnout cílená opatření (Šágová et al., 2015).

Šimánková (2011) uvádí, že pacientovi se může do jisté míry ulevit, pokud ví, odkud jeho bolest pochází. Stejně tak je vhodné, aby byla pacient informován o všem, co ho čeká. S bolestí se pak může lépe vyrovnat (Šimánková, 2011).

Jednou z potřeb dialyzovaných pacientů je potřeba pohybu. Dialyzační léčba je velmi náročná jak časově, tak fyzicky. Z toho důvodu je pro pacienty kolikrát velmi obtížné najít vhodnou pohybovou aktivitu. Během dialyzačního léčby může u pacientů dojít ke snížení fyzické kondice až o 50 % (Polednová, 2011). Sulková (2014) uvádí, že minimální fyzickou aktivitu, která by měla představovat alespoň 30 minut chůze denně,

splňuje jen asi 13 % dialyzovaných pacientů (Sulková, 2014). Fyzická aktivita by ovšem během dialyzačního programu neměla u pacientů zcela vymizet, jelikož s nedostatkem pohybu dochází ke snížení svalové síly, což následně může vést k celkovému omezení soběstačnosti. Je tedy vhodné, aby si nemocný vybral takovou fyzickou zátěž, která ho příliš nezatíží, ale určitým způsobem mu dodá energii ke každodenní činnosti. Pravidelný pohyb také přispívá k dobrému psychickému ladění (Polednová, 2011).

Chronické selhání ledvin výrazně ovlivňuje další z potíží, a tou jsou tekutiny. Nedostatečná činnost ledvin způsobuje zadržování vody a odpadních produktů a vzniká tak nerovnováha mezi příjmem a výdejem vody a elektrolytů. Vyšší příjem tekutin pak může vyvolat křeči prodloužit dialyzační proceduru (Tomagová et al., 2008). Pacienti si tak musí příjem tekutin velmi hlídat. Každý z pacientů má v závislosti na fungování ledvin povolené jiné množství tekutin. Většinou jsou ovšem do určité míry omezeni a pro většinu pacientů tak bývá tato potřeba nenaplněna.

Potřeba spánku a odpočinku je neméně důležitou potřebou dialyzovaných pacientů, jelikož spánek je nutný k udržení dobré psychiky a k regeneraci organismu. U každého je tato potřeba velmi individuální (Tomagová et al., 2008). Kvalitativní spánek ovlivňuje řada faktorů. U dialyzovaných pacientů to může být například bolest, úzkost nebo strach. Velkým problémem dialyzovaných pacientů je také nadměrná denní ospalost a špatné usínání (Sulková, 2014). Negativně může na spánek působit i jakákoliv změna spánkových zvyklostí, jako je například velmi brzké vstávání kvůli dojíždění na dialýzu (Trachtová et al., 2013). Dialyzovaní pacienti bývají velmi často unavení, a proto mají větší potřebu spánku a odpočinku. Pacienti často pospávají jak doma, tak i během samotné dialýzy, proto by jim mělo být v dialyzačním středisku dopřáno klidné prostředí. Je také na místě projevit aktivitu a ptát se pacientů na kvalitu jejich spánku a následně zajistit co nejvíce podporu a úlevu v této oblasti (Sulková, 2014).

Nevýhodou dialyzačního programu jsou také omezené možnosti cestování. Tento problém lze ovšem do jisté míry řešit. Pokud chce pacient na delší dovolenou, může si dopředu zajistit ošetření v tamním dialyzačním středisku. Jedná se tzv. rekreační dialýzu. Jestliže chce pacient vyrazit do zahraničí, na vybraných místech EU stačí předložit kartu pojištěnce a dialýza je placena z jeho vlastního zdravotního pojištění. Při cestě mimo EU si pak pacient hradí léčbu sám na místě ošetření (Prázdinové dialýzy, 2014).

3.2 Psychické potřeby

Pacienti s chronickým onemocněním ledvin se potýkají nejen s tělesnými problémy, ale i s problémy psychického rázu (Haluzíková, Šimovská, 2011). Dialýza není léčbou je pro řadu pacientů velmi stresující. Náročné jsou zejména první měsíce léčby, kdy se pacient musí přizpůsobit stanovené léčbě (Lai et al., 2012). Pacient najednou sám sebe vidí jinak, jinak se také chápe a hodnotí. Najednou je někým jiným a musí se s tímto faktem vyrovnat (Křivohlavý, 2002). Chronicky nemocní pacienti jsou ve velké míře vystaveni stresovým faktorům. Musí se vyrovnat s nepříjemnými pocity jakými jsou únava, fláka a s ní spojené sucho v ústech i bolesti hlavy a kloubů. Obrovským stresovým faktorem je navíc samotná léčba, která je pro toto onemocnění velmi specifická. Je stresující zejména časová náročnost a výkyv zdravotního stavu. Péčí pacientům v plánování rodinného i společenského života. Neméně důležitá je pro pacienty napichování filtračního vstupu a pro ně také kontakt s ostatními pacienty. Dalším stresovým faktorem je v domě toho, že dialýza není léčba pomáhá pouze k prodloužení života, ale nevede k vyléčení. Pacienti tak neustále žijí ve strachu, že se jejich stav může náhle zhoršit (Haluzíková, Šimovská, 2011). Sulková (2014) uvádí, že u hemodialyzovaných pacientů je vyšší riziko vzniku deprese, a to o 20-30 %. Takoví pacienti pak častěji trpí bolestmi a je s nimi těžší spolupráce. Za příčinu vzniku depresí je považován chronický stres, ztráta svobody, zamyšlení i sociálních vztahů nebo omezení fyzických aktivit. Obecně jsou dialyzovaní pacienti ve srovnání s ostatní populací k rozvoji i jiných psychiatrických onemocnění náchylnější (Sulková, 2014). Všechny tyto faktory přispívají ke zhoršení celkového psychického stavu pacienta. Pro udržení dobré psychické kondice by se pacienti měli i nadále vnovat svým zájmům a aktivitám, což je obtížnější. Zároveň by neměli podceňovat ani kvalitní podporu, ať už je pasivního i aktivního charakteru (Haluzíková, Šimovská, 2011).

Polovinu úspěchu léčby tvoří právě dobré psychické ladění nemocného. Dialýza jako léčebný postup je předpokladem ke zlepšení kvality života nemocného, ale samotná jako taková bohužel nestačí. Neměli bychom se tedy zaměřovat pouze na terapeutické zákroky, ale měli bychom si všímat i subjektivních pocitů pacienta a psychických změn spojených s léčbou a případné problémy včas řešit (Haluzíková, Šimovská, 2011).

3.3 Sociální potřeby

Dialyzovaní pacienti se v důsledku onemocnění mohou začít odcizovat sobě, ale i druhým. Tito pacienti pak mohou trpět sociální izolací (Křivohlavý, 2002). Nemocní

v této fázi života mají potřebu zejména opory a pomoci. Potřebují tak spolupracovat a podporu svých blízkých, zejména rodiny. (Haluzíková, Šimovská, 2011). Je proto důležité i nadále udržovat pravidelné kontakty se svou rodinou a přáteli. Pacienti zároveň mohou navštěvovat organizace sdružující pacienty se stejným onemocněním, v tomto případě dialyzované a transplantované, které jim pomohou v překonání zejména tělesných zátek.

Sociální podpora je pro pacienty velmi důležitým prvkem. Ufí jen přítomnost pozitivní nálady člověka dodává pacientovi pocit jistoty. Dobré sociální vztahy usnadňují pacientovi adaptaci na nepříznivou situaci. Dostatek emoční podpory pro sobě sama pacienta povzbudivě a eliminuje riziko stresu. Naopak nedostatečná nebo minimální opora může stres zvyšovat. Z tohoto důvodu pak pacienti trpí úzkostí a depresemi, vyhýbají se společnosti a ztrácejí tak své přátele (Haluzíková, Šimovská, 2011). Společenský život může do určité míry omezovat i únava a celková vyčerpanost, která je u dialyzovaných pacientů velmi běžná (Tomagová et al., 2008).

Dalším prvkem je potřeba bezpečí a jistoty. Bayoumi (2012) provedla studii ze které vyplývá, že pacienti v dialyzačním programu mají vysokou potřebu bezpečí a jistoty a také lásky a sounáležitosti a tyto potřeby se zvyšují spolu s delším trváním dialýzy (Bayoumi et al., 2012). Nemocný člověk ovšem kvůli pocitu jistoty a bezpečí do jisté míry ztrácí. Je tomu tak hlavně u dialyzovaných pacientů, kteří jsou chronicky nemocní a jejich život je trvale ve větší míře ohrožen. Tím, že pacienti v období nemoci nemají uspokojenou potřebu bezpečí a jistoty, je narušena jejich životní rovnováha a nemocný psychicky i fyzicky strádá a cítí se ohrožen. U takového člověka se pak často objevuje strach, úzkost, smutek nebo i hněv (Trachtová et al., 2013).

Pochopení lidských potřeb v nemoci je v mnoha ohledech důležité. Pomáhá nám například hodnotit problémy a vyhledávat priority v péči o pacienta. Můžeme tak pacientovi ukázat naši snahu o pochopení jeho problémů, pomoci mu s přijetím faktu, že je nemocný, a pomoci mu ve vyhledávání nových cílů (Máňková, 2011).

Je potřebné, monitorovat a ovlivňovat všechny aspekty ovlivňující kvalitu života dialyzovaných pacientů a poskytovat jim náležitou pomoc a péči a ovlivňovat tak kvalitu jejich života na maximální úrovni (Magurová, Majerníková, 2016).

4 Cíl práce a výzkumné otázky

4.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jaké jsou potřeby pacientů s hemodialyzou v období.

Cíl 2: Zjistit, jaké jsou potřeby pacientů v jejich osobním životě .

4.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké jsou hlavní potřeby pacientů s hemodialyzou v období?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou hlavní potřeby pacientů v jejich osobním životě ?

5 Operacionalizace pojm

5.1 Dialyza ní lé ba

Dialyza ní lé ba slouží jako náhrada ledvinných funkcí u pacient s akutním i chronickým onemocněním ledvin. K dialyzačním metodám patří hemodialýza a její modifikace, peritoneální dialýza. Ob tyto metody jsou sice technikou provedení významně odlišné, sledují však stejný cíl, a to dlouhodobou náhradu funkce ledvin. (Viklický et al., 2008).

5.2 Pot eba

Pot eba je projevem nedostatku, chyb ní něho, jehož odstranění je žádoucí. Je n ěm, co lov k nutn pot ebuje pro sv j flivot a vývoj. (Trachtová et al., 2013).

5.3 Pacient

Velký lékařský slovník definuje pacienta jako nemocnou osobu v lékařské péči. Toto slovo vzniklo z latinských slov *patiens* neboli trp ělivý a *patior* neboli trp ěcí (Vokurka, Hugo a kol. 2009).

6 Metodika

6.1 Metoda výzkumného –et ení

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První část je teoretická, byla zpracována pomocí elektronických a ti-tých zdrojů. Ti-té zdroje tvořily zejména odborné učebnice a odborné časopisy, například časopis pro dialyzované a transplantované pacienty - *Střela*. Elektronické zdroje byly hledány na vybraných webových stránkách, například *Medicína* a *Urologie pro praxi.cz*. Zahraniční zdroje byly vyhledány pomocí databáze Scopus. K vyhledávání nejnovějších zdrojů mi pomohly například *re-er-e* z Národní lékařské knihovny a konzultace s MUDr. Markem Majorem, lékařem na dialyzačním oddělení v nemocnici Na Homolce.

Druhá část je empirická, byla provedena pomocí kvalitativní výzkumné metody. Pro toto výzkumné –et ení byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. V těchto rozhovorech byli dotazováni pacienti s chronickým selháním ledvin, podstupující hemodialyzační léčbu. Rozhovory byly prováděny v hemodialyzačním středisku v jihozápadním kraji po dobu 3 týdnů. Sběr dat probíhal se souhlasem pacientů, vrchní a staniční sestry tohoto střediska a hlavní sestry nemocnice.

Polostrukturované rozhovory byly sestaveny z 25 otázek (viz Příloha 1). Otázky 1-24 byly použity u všech dotazovaných, otázka 25 byla položena jen pacientovi na domácí hemodialýze. Otázky byly vymyšleny tak, aby odpovídaly stanovenému cíli a výzkumným otázkám. Celý rozhovor byl rozdělen do tří částí. První se zabývala obecnými informacemi, tedy o diagnostikování onemocnění, o možnostech a zahájení léčby. Druhá část byla zaměřena na konkrétní potřeby, které pacienti pocítí v hemodialyzačním středisku během léčby a na jejich pocity a přání. Ve třetí části jsme se vnovali potřebám, které u pacientů převládají ve volném časopříběhových denních činnostech. Do tohoto okruhu otázek spadala i omezení, se kterými se pacienti musejí potýkat v důsledku onemocnění a léčby. Během rozhovoru byly k základním otázkám kladeny i otázky doplňující. Všechni dotazovaní mluvili velmi otevřeně, byli příjemní, nevadilo jim odpovědět na kteroukoli z otázek. Každý rozhovor trval kolem 45 minut, na který i déle. Rozhovory byly zaznamenány písemně na papír, jeden byl po souhlasu s pacientem nahráván a všechny pak byly následně zapsány do elektronické podoby (viz Příloha 3). Dále byly rozhovory zpracovány pomocí metody tufka a papíru s použitím otevřeného kódování informací (viz Příloha 2), které Trnava a Trnava (2007) uvádí ve své publikaci *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Po zpracování rozhovorů byly vytvořeny sedm specifických kategorií, ve kterých jsou

popsány jednotlivé potřeby pacient. Na základ nejast jejich pot eb byl pro dialyzované pacienty vytvo en informa ní leták (viz Příloha 4) obsahující rady, které mohou pacient m pomoci p i uspokojování ur itých pot eb.

6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Zkoumaný soubor tvo í dev t dotazovaných, kte í podstupují hemodialyza ní lé bu a pravideln docházejí do vybraného hemodialyza ního st ediska. Výb r dotazovaných byl zám rný, v-ichni pacienti docházejí do stejného hemodialyza ního st ediska t íkrát týdn . S výb rem jednotlivých pacient nám pomohla stani ní sestra daného st ediska, která pacienty dob e zná. U v-ech dotazovaných jsme se setkali s velkou ochotou k rozhovoru a otev eným p ístupem. Nena-el se nikdo, kdo by rozhovor odmítl. Jako první byly dotazované t í ženy. Zbytek výzkumného vzorku tvo í muži. Byl také vybrán jeden pacient, který nav-t voval dané st edisko, ale nyní podstupuje lé bu domácí hemodialýzou. Tohoto pacienta jsme zvolili proto, abychom mohli porovnat lé bu v hemodialyza ní m st edisku s domácím prost edím.

7 Výsledky

7.1 Identifikační údaje dotazovaných

V tabulce 1 je uvedena charakteristika dotazovaných pacientů, kteří trpí chronickým selháním ledvin a podstupují hemodialyzační léčbu.

Tabulka 1 Identifikační údaje dotazovaných

DOTAZOVANÝ	VĚK	DĚLKA ONEMOCNĚNÍ	DĚLKA LÉČBY	MÍSTO LÉČBY
P1 - žena	68	4 roky	3 roky	HDS
P2 - žena	76	6 let	5 let	HDS
P3 - žena	70	5 let	4 roky	HDS
P4 - muž	38	11 měsíců	4 měsíce	HDS
P5 - muž	63	1,5 roku	9 měsíců	HDS
P6 - muž	65	4 roky	3 roky	HDS
P7 - muž	44	3 roky	2,5 roku	HDS
P8 - muž	21	1 rok	11 měsíců	HDS
P9 - muž	62	3 roky	2 roky	Domácí hemodialýza

Zdroj: Vlastní

Tabulka 1 znázorňuje údaje týkající se pohlaví a věku pacientů, dále údaje o věku, který uplynul od stanovení diagnózy, délce absolvované léčby pomocí dialýzy a místu, kde léčbu podstupují. Dotazovaní budou v textu dále uváděni pod zkratkami P1-P9.

Pacientka 1 je žena, které byla diagnóza stanovena před 4 lety a léčbu hemodialýzou podstupuje tímto rokem. Do hemodialyzačního střediska dojíždí 3krát týdně na 4 hodiny. Nepracuje, je v plném invalidním důchodu. Pacientka 2 dochází na léčbu také 3krát týdně na 4 hodiny. Léčí se již pátým rokem, předemflonem onemocnění jí diagnostikovali před 6 lety. V invalidním důchodu je od začátku léčby. Pacientka 3 je v plném invalidním důchodu a dialýzu podstupuje 3krát týdně po dobu 3 hodin. S onemocněním byla obeznámena před 5 lety a hemodialýzou se léčí čtvrtým rokem. Pacientovi 4 bylo onemocnění diagnostikováno před necelým rokem. Na léčbu dochází tedy teprve 4 měsíce, a to na 4 hodiny vždy stejné 3 dny v týdnu. Před léčbou pracoval jako správce vodních toků, ale pro fyzickou náročnost tohoto povolání musel zanechat. Nyní je v částečném invalidním důchodu a pivydává si správou webových stránek. Pacient 5 má chronické selhání ledvin diagnostikované 1,5 roku a léčí se 9 měsíců. Býval to řidič z povolání, ale nyní má invalidní důchod. Na dialýzu dojíždí po 3 dny v týdnu vždy na 4 hodiny. Pacient 6 se s onemocněním potýká 4 roky a léčbu zahájil před 3 lety. Dříve pracoval jako údržbář a nyní je v invalidním důchodu. Na oči krve

dojíždí 3krát týdně vždy na 4 hodiny. Pacient 7 je hudebník v částečně invalidním stavu chodu. Po diagnóze onemocnění, která mu byla sdělena před 3 lety, navštívil dialýzu již 2,5 roku vždy 3krát týdně po dobu 4 hodin. Pacient 8 je mladý muž, kterému byla diagnóza selhání ledvin sdělena v červnu loňského roku. Po neúspěšném pokusu o léčbu peritoneální dialýzou, která trvala necelé 3 měsíce, nyní podstupuje léčbu hemodialyzací. Student vysoké školy dochází do hemodialyzáčního střediska 3krát týdně na 4 hodiny. Posledním pacientem je muž, který jako jediný z dotazovaných využívá k léčbě domácí hemodialýzu. Léčbu zahájil před 2 lety, tedy rok po sdělení diagnózy. Na začátku docházel do dialyzáčního střediska, ale po prvním roce se naskytla možnost léčby v domácím prostředí, kterou neváhal využít. Dialyzací přístroj tedy pacient obsluhuje sám a činí tak 6krát v týdnu po dobu 1-2 hodin.

7.2 Seznam kategorií

Informace získané od dotazovaných jsou rozděleny do sedmi kategorií.

Kategorie 1 – Záátek léčby

Kategorie 2 – Potřeby v hemodialyzáčním středisku

Kategorie 3 – Fyziologické potřeby

Kategorie 4 – Psychické potřeby

Kategorie 5 – Sociální potřeby

Kategorie 6 – Volný čas

Kategorie 7 – Domácí hemodialýza

7.3 Kategorie 1 – Záátek léčby

Záátek léčby bývá pro většinu lidí náročný a vždy za jiná nepříjemným sdělením diagnózy. Většina dotazovaných byla na tuto nepříjemnou informaci celkem připravena, jelikož předtím docházela na pravidelné interní i nefrologické kontroly. *Š V d la jsem, fle jednoho dne p i jdu na kontrolu a doktorka mi ekne, fle musím začít s dialýzou* (P1). Touto v touto odpovědí pacientka na otázku, jak reagovala na sdělení diagnózy. Posledních 5 let totiž pravidelně docházela do nefrologické ambulance na doporučení svého praktického lékaře. *V d la, fle její krevní hodnoty se postupně zhorují a je jen otázkou času, kdy jí eká léčba dialýzou. Ani pacientky P2 a P3 diagnóza nezaskočila. Š Víte co, sest i, já mám celý život na ledvinách cysty, tak fle pro m to nebylo fládný p ekváčko. Je jasný, fle mi ledviny nem flou fungovat jako zamlada* (P2). *Š Já byla nejdříve sledovaná na interně, fle jsem byla furt zavodněná. Pak mi zjistili vysoký kreatinin a začala jsem chodit k nefrologovi. Tak v tu chvíli mi do-la, fle lepě ufl to asi nebude, i kdyfl na sdělení diagnózy jsem ekala je-ť p l roku* (P3). Obdobně reagovali

i další dva pacienti. *šOd 14 let jsem byl sledovaný pro hodně vysoký tlak. Předtím lety ufl mi doktoři ekli, že fungování mých ledvin se zhoruje a že jednou, dříve i později, to dospěje k selhání. No a loni to přišlo. Byl jsem na to připravený* (P8). Ovšem pro zbylé pacienty byla tato zpráva neekaná. Pacient přitom uvedl: *šNechápal jsem to. Těch jsem na běžnou prohlídku a doktor na mě přišel s tím, že mám zánět ledvin a že krevní hodnoty nejsou dobré. Neměl jsem ani žádné problémy. Chodil jsem sice vícrát, ale který chlap v mém věku ne, že* (P5). Také pacientům P6 a P7 přišli lékaři na zvýšené hodnoty kreatininu náhodně, při běžné prohlídce. *šDoktor si všiml, že mám nateklé kotníky, mě to tedy vůbec nepřišlo. Na základě toho mě poslal na internu a tam mě teda moc nepotěšili, když mi ekli, co se mnou je* (P7).

Na otázku, kdo pacienty o jejich onemocnění informoval, odpověděli všichni dotazovaní shodně. Diagnózu jim sdělil jejich ošetřující lékař. V některých případech se jednalo o doktory interní. Zbylé tři pacienty pak na možnost, že se jedná o selhání ledvin, připravili doktoři obvodní. Těm všichni pacienti se shodli i na tom, že doktoři byli velmi příjemní a ohleduplní. *šPaní doktorka byla moc milá. Ekla, a si všech nechám projít hlavou a když budu mít doplňující otázky, odpoví mi na mě i při každé kontrole* (P3). Jen dva z pacientů nebyli s informacemi moc spokojeni. Pacient P7 uvedl: *šPřišlo mi, že pana doktora obtěžuju, když jsem se začal moc vyptávat. Raději jsem si pak všech, co mě zajímalo načel na internetu* (P7). I pacientka P1 si na které informace dohledala na webových stránkách a uvedla: *šZe začátku jsem byla hodně zvedavá, chtěla jsem co nejvíce informací. Nemůžete ale s každou blbostí, která Vás napadne, chodit za doktory. Na internetu jsem hledala hlavně obrázky* (P1).

Chronické selhání ledvin se dá léčit více způsoby. Zajímalo nás tedy, jaké možnosti byly pacientům nabídnuty a jakou formou léby si vybrali a proč. Dle odpovědí jsem zjistila, že všichni pacienti měli možnost, vybrat si mezi hemodialýzou a peritoneální dialýzou a všichni pacienti, ač na jednoho, volili možnost první. *šPaní doktorka mi hned dala na výběr. Vybrala jsem si hemodialýzu, protože jsem si nebyla jistá, že bych s peritoneální dialýzou uměla zacházet, a navíc se bojím komplikací. Takhle jsem hezky pod dohledem* (P1). Pacient P6 uvedl: *šNo to víte, že jsem měl na výběr, ale pro mě to bylo jasné. Já nejsem nijak zvláštní a sám si měnit ty roztoky a bát se, jestli je všechno tak, jak má, to není pro mě* (P6). Pacient P4 uvedl pro výběr hemodialýzy zajímavý argument. Je přesvědčen, že katetr nutný k léčbě peritoneální dialýzou, by mu znepríjemnil spoleenský život. *šMyslím, že kdyby mi zbycha poád koukala hadička, neměl bych z toho dobrý pocit. Rád chodím do společnosti a*

*myslím, že i pod oblečením by to bylo vidět. Lov k si pak nemůže ani dojít zaplavat. Takhle mám fistuli, které si málo kdo v-imne (P4). Výjimku potvrzující pravidlo tvoří pacient P8. Ten si na začátku léby zvolil peritoneální dialýzu. *Říkal jsem si, že mnohem víc v cí zvládnou, když budu doma a nezabere mi tolik času dojít do nemocnice (P8). Ovšem po celou dobu, kdy podstupoval tuto formu léby, ho trápili záněty a infekce. Špořád mi hnisalo okolí katetru, mlu jsem i záněty pobíhaly a celkově mi to nedělalo dobře (P8). Po těchto mšících komplikacích se pak rozhodl přejít na hemodialýzu.**

Všichni pacienti zároveň prošli radou kontrol v pražském IKEMU a jsou začleněni do transplantace ního programu. Pacienti P4 a P8 uvedli: *Šjsem rád, že jsem v programu. Operaci mi slibují do p l roku. Tak snad se zadaří a už sem nebudu muset dlouho chodit (P4). ŠNa transplantaci se těm, snad to bude brzy. Kvůli nemoci jsem musel přerušit studium, ale po operaci hodlám vzkoludodlat (P8). Jediný, kdo je momentálně z transplantace ního programu vyřazen, je pacient P7. Je po mozkové mrtvici, která se projevila parézou levé poloviny těla, tudíž v nejbližší době není vhodným kandidátem na transplantaci. ŠJsem samozřejmě naštvaný. Kvůli mrtvici te nemůžu jít na operaci. Ale nějaké pokroky v pohybu tam jsou, tak snad to tak půjde dál. Mám velkou motivaci začít se zase hýbat, abych mohl do programu zase začadit (P7).*

7.4 Kategorie 2 o Potřebě v hemodialýze nímu stědisku

V této oblasti nás především zajímalo, jaké pocity a potřeby mají pacienti b hem samotného ošetření. Pacienti P1, P3 a P5 uvádějí, že v době na dialýze je jim v těle zima a nejlindy. *ŠJe to možná tím, že ležím a nehýbu se. Vždy se ale musím zachumlat pod přepřinu, aby mi nebyla zima (P1). Ostatní pacienti si na zimu nebo naopak horko nestěžují a v tomto ohledu se cítí dobře. Nejlepší je co do polohy, je pro všechny pacienty polosed nebo poloha vleže na zádech. Pacienti P8 řekl: ŠKdyž sedím, často se mi motá hlava. Nejlepší je pro mě ležet v rovině na boku i na zádech (P8).*

Těm všichni pacienti preferují b hem ošetření klid. Dotazovaní P1, P2, P5, P6 a P8 se shodli, že klid je pro lébu a odpočinek b hem ošetření nezbytnou součástí. *ŠJá si chci na dialýze vždy odpočinout, trochu zdlídnout a je dlefité, abych mohl nic nerušit (P3). I pro pacienta P4 je klidné prostředí na dialýze dlefité. ŠNení to jako na jiných odděleních, nikdo tady poád nebývá, nezvoní tu telefony, není tu chaos. Ten klid udělá opravdu dobře (P4). Dva dotazovaní jsou rádi, že je b hem dialýzy puřná televize a není tak v celé místnosti hrobové ticho. Na otázku o celkovém dojmu z dialýze ního prostředí jsem se setkala s pozitivními reakcemi. ŠJá se tady cítím dobře. Byla jsem*

párkrát na dialýze v Praze, ale tady je to opravdu mnohem příjemnější (P1). ŠSamozřejmě bych raději trávil čas někde jinde, ale co nadělat. Naštěstí celkově je mi tady fajn (P6). Výjimkou byli dotazovaní P8 a P9. Pacient P8 řekl: ŠMně se tady nelíbí, nemám se tu s kým bavit. Ostatní pacienti jsou o tolik starší nešťáci. Pro mě sobě to tady na chvíli smutnější (P8). Pacient P9 popsal, jak se cítil v dialýze s tímto diskem a tím, že se nestíhal s hemodialýzou doma. ŠTo prostě edí tady mi přijde hrozné, nemám rád nemocnici. Jakmile projedou branou, začne se mi dlat zle. Hrozně mi vadilo být tady mezi ostatními nemocnými, to jsem prostě nedával (P9).

Důležitým faktorem se jeví i přístup a ochota ošetřujícího personálu. Pacienti se bez výjimky shodli na profesionálním a zároveň přátelském vystupování sestry. ŠTady jsou všechny sestry i když moc fajn. Když něco potěbuji, není problém (P7). Dotazovaná P1 řekla: ŠSestry i když kolem nás pořád skáču, a myslím, že s námi mají obrovskou trpělivost (P1). ŠKaždá sestra je jiná, jinak pracuje, ale všechny se o nás starají dobře (P5). Podle odpovědí, mají pacienti k personálu velkou důvěru, zejména pro jejich příjemný projev a osobní přístup. ŠMoc se mi líbí, jak si se mnou sestry i když povídají. To má člověk hned lepší pocit (P2). Jen jeden pacient dodal, že mu vadí, když jsou některé sestry občas nepříjemné. ŠChápu, že se člověk nevyspí každý den do skvělé nálady, ale osobní život by se neměl odrážet v práci a na nás pacientech (P6).

Během dialýzy tráví pacienti svůj čas podobnými záležitostmi. Dotazovaní P5, P6 a P8 se shodli na tom, že nejraději poslouchají hudbu nebo si pouštjí filmy. Pacientka P1 ráda poslouchá mluvené knihy. ŠDívám se hodně do toho, že mám ale hodně špatný zrak, a tak aspoň namluvené knihy poslouchám (P1). Dotazovaní P2, P3 a P7 tento čas raději využívají ke spánku. ŠNa dialýze pospávám a hodně přemýšlím o životě a o tom, co se mi stalo (P7). Pacientka P3 řekla: ŠVždy se snažím dialýzu zaspát. Když se mi spát nedaří, je pak znát mnohem větší únava (P3). Jediným, kdo během dialýzy četl knihy, je pacient P4. ŠJsem schopný přečíst knihu za dva dny. Tak mi čas během dialýzy utíká mnohem nejrychleji (P4).

V otázce, co by pacienti během ošetření uvítali navíc nebo co se jim nelíbí, jsem se setkala se zajímavými odpověďmi. Dotazovaní P2, P5, P6 a P7 by nepohrdli kávou a menší svačinou během ošetření. ŠStane se, že když jedu na dialýzu hodně brzy ráno, nestihnu si udlat jídlo s sebou, v takovém případě by bylo fajn, kdyby měly sestry i když něco v zásobě (P5). ŠByla by to příjemná změna, pár dobrot během dialýzy by mě určitě zvedlo náladu (P6). Pacient P7 by navíc uvítal společnost, která by si s ním povídala. ŠBylo by fajn, kdyby tu občas byl někdo, kdo by si se mnou povídal a zkrátil

mi tak as, který tu musím být (P7). Pacient P4 by se nebránil tomu, kdyby s ním někdo chtěl hrát společenské hry. *Šel rád hrát šachy nebo karty. To by mi tady velmi zkrátilo čas (P4)*. Dvě z dotazovaných pacientek se navíc zmínily o špatné kvalitě vzduchu a uvítaly by zavedení klimatizace. Pacientka P1 říká: *Šel je to takové nepříjemné, kolikrát se mi tu blbě dýchá. Doma jsem zvyklá po jídle v terasu a tady se mi ten vzduch zdá špatný (P1)*. Zbýlé dotazované nenapadlo nic, co by případně chtěli změnit či vylepšit.

7.5 Kategorie 3 o Fyziologické potřeby

Tuto kategorii jsme rozdělily na čtyři podkategorie: potřeba nebýt unaven, potřeba být bez bolesti, potřeba spánku a odpočinku a potřeba výflivy.

7.5.1 Potřeba nebýt unaven

U dialyzovaných pacientů je únava na denním pořádku. V terasu jsou pacienti unaveni v závěru hemodialýzy, a hlavně po ní. Druhý den pak zpravidla fungují zcela normálně, bez pocitu únavy. Pacienti P1, P2, P3, P5, P6, P7 a P8 uvádí, že nejvíce bývají vyčerpaní vždy, když přijedou z dialýzy domů. *Šel po návratu domů jsem hrozně vyčerpaný. Zbytek dne proležím a nejsem schopný cokoli dělat (P8)*. *Šel vždy po dialýze si musím tak na 2 hodiny odpočinout (P3)*. Během samotného ošetření pak nebývá únava nijak velká. *Šel Ano, když přijedu domů, vždy je to znát. V terasu si sednu do křesla a zbytek dne pospávám. Po dialýze jsem ale úplně v pohodě, to únavu skoro necítím (P1)*. Výjimkou je pacient P4, který únavu po ošetření nikterak nepociťuje, ale kritickým se pro něj stává druhý den po dialýze. *Šel Po návratu z centra jsem plný síly. Mám vždy trochu zvýšený krevní tlak a jsem takový nabuzený. Na druhý den si ale nikdy nic velkého neplánuji, proto jsem bývám úplně mimo (P4)*. Pacient P9 srovnal pocit únavy před a poté, co začal používat domácí hemodialýzu. Únava u něj nezmizela, ale alespoň se trochu zlepšila. *Šel Unavený jsem po jídle, to se nezmění. Někdy víc, někdy méně a na tom, jestli jsem zrovna po dialýze nezáleží. Ale je to lepší tak o 20-30 % (P9)*. Přes dotazovaných také uvedlo, že únava je pro něj nyní velikou překážkou. Nejen, že jim ubírá spoustu času, ale kvůli ní nemají chuť cokoli dělat. *Šel Dříve jsem byl dost aktivní, neustále jsem vymýšlel, co budu dělat. Teď často jen sedím a ani nemám náladu kamkoliv jít a něco dělat (P6)*.

7.5.2 Potřeba spánku a odpočinku

Na otázku ohledně kvality spánku odpovídali pacienti různými způsoby. Pacienti P2, P4 a P6 spí v terasu klidně po celou noc a neuvádí žádné problémy. Jedna

z pacientek dokonce ekla: *šM j spánek je perfektní, nemám si na co st flovatō* (P3). Pacient P8 uvedl, že má obrácený režim, tudíž spí spí-e p es den a v noci moc ne. *šNemám s tím ale žádné problémy. Prost se p es den pár hodin prosím a v noci si d lám v ci, které pot ebujiō* (P8). T i z dotazovaných pacient se v noci hodně budí, a to p edev-ím kv li bolestem. *šVzbudím se a pak nem flu hodinu afl dv znovu zabrat. V t-inou za to mohou bolesti, ale jindy jen -patné snyō* (P7). Zajímavý d vod ru-ení spánku uvedla dotazovaná P1, která ekla, že ob as jí v noci budí vrn ní fistule. *šMusím si dávat pozor, kam dávám ruku. Sta í dát ji trochu blíž k hlav to vrn ní mi nedá spátō* (P1). U ostatních dotazovaných jsem se s tímto ru-ivým faktorem nesetkala. Dotazovaní P1 a P9 uvedli, že mají velké problémy s usínáním. *šOb as koukám do stropu afl do 2 hodin do ránaō* (P9). Pacientka P1 navíc uvedla, že v d sledku toho ob as uflívá hypnotika. *šNeberu si je kařdou noc, ale p iznám se, že asto to bez nich nejdeō* (P1). V pr m ru pacienti naspí 7-8 hodin denn , do kterých ov-em nepo ítáme pospávání p es den, které uvád jí tém v-ichni dotazovaní. Jen pacient P7 nespí více jak 4-5 hodin denn , ale podle jeho slov mu takto krátká doba vyhovuje. Bez ohledu na to, kolik hodin dotazovaní za 24 hodin prospí, se kařdý z nich cítí po probuzení unavený. *šJsem hodně unavený a celkov slabý i po spaníō* (P8). *šOb as mi p ijde, že jsem nemohl spát tak dlouho, protože se na to ráno rozhodn necítímō* (P4).

Odpo ívat a relaxovat se dá r znými zp soby. Nej ast jí dotazovaní dobíjejí energii pasivním odpo inkem, zpravidla doma v pohodlném k esle. Pacientce P1 dokáffe den zp íjemnit relaxa ní koupel: *šNení nic lep-ího, než se na hodinu nalofit do horké vodyō* (P1). Dotazovaný P8 odpo ívá tím, že si pustí n jaký film nebo hraje hry na po íta í. Pacientky P2 a P3 si hezký odpo inou p i povídání si s kamarádkami nebo p íbuznými. *šJá se vřdy tak uvolním, kdyř m flu s n kým promluvit, a je jedno, jestli je to sousedka nebo dcera, vřdy mám pak v t-í chu do řivotaō* (P2). Odpo ívat se dá ale i aktivn . Dotazovaný P4 je zvyklý relaxovat dlouhými procházkami. *šZpravidla tak na hodinku afl dv zmizím a vyrazím n kam do p írody. I p es nyn j-í v t-í únavu mi to dodává energiiō* (P4).

7.5.3 Pot eba být bez bolesti

Dialyzovaní pacienti mají nej r zn j-í bolesti. Nejvíc dotazované trápí bolesti hlavy a kloub . Bolest hlavy uvádí polovina pacient . Títo dotazovaní mají problémy s výkyvy krevního tlaku. Pacientka P1 ekla: *šM hlava bolí jen, kdyř mi rychle klesne tlak, to se za nu i hodně motatō* (P1). *šP i dialýze mi tlak hodně lítá. V t-inou ho mám ale spí-vy-í, a to mám pak hlavu jako st epō* (P8). Bolest kloub pak kařdý den trápí

dotazované P1, P2, P4 a P5. Jedná se zejména o kolena a kyčle. Pacient P4 se kvůli snahám rozhybat aktivním pohybem. *Šráno si lehce zacvičím nebo dám rychlou procházku. Když se takhle rozhybu, klouby potom tolik nebolí* (P4). I pacient P5 se každé ráno musí rozpohybovat. Někdy to ovšem pro něj není tak snadné a dodává: *Šobas mám klouby bolí tak moc, že nevstanu z postele* (P5). Pacient P4 jako jediný navíc uvedl bolesti zad a sice v oblasti beder. Během dialýzy i doma proto hodně stídá polohy, aby si ulevil od bolesti.

U všech dotazovaných se objevují křeče, a to nezávisle na tom, jestli jsou zrovna na léčení, nebo ne. Pacientka P1 říká: *ŠKřeče mám téměř každý den. Hodně nohy, ale občas mi jdou i do rukou* (P1). *ŠJe to nepříjemné, ale co s tím. Preventivně aspirinu užívám hodně* (P5). Tento pacient navíc jako jediný uvedl mravenčení prstů, které pociťuje během dialýzy. Častěji křeče během dialýzy trápili i pacienta P9. Ovšem od té doby, co je v domácím léčení, křeče téměř odezněly. *ŠDoma mám křeče téměř netrápí. Když ale cítím, že by křeč mohla přejít, hned vstanu, projdu se a protáhnu. To jsem ve státní nemocnici nemohl, tam lékař musí jen ležet* (P9).

Specifické problémy má pacient P8, kterého trápí svědění celého těla. Od začátku léčby má navíc problémy se špatným dechem a vypadáváním vlasů, což ho velmi trápí. Pacient dodává: *ŠZuby si čistím pečlivě několikrát denně, ale bohužel mi to nepomáhá. Přes pusku se přitom těžko projeví poškození některých orgánů. Tak to je asi můj případ* (P8).

Bez jakýchkoliv bolestí byla jako jediná dotazovaná P3. *ŠMám opravdu nic nebolí. Tlak mám v podání, klouby v podání, nemám si na což fňukat* (P3).

Zajímalo nás také, jestli mají pacienti nějaké problémy s fistulí. Mělo se stát, že vstup do cévní spojky někdy zaroste. Tento problém měli ze začátku léčby pacienti P1, P5 a P6. V souvislosti s tím uvedli i bolest při nábichu. *ŠVstup mi zarostl asi pětkrát, a to potom opravdu bolí* (P5). Zbytek dotazovaných bolest při napichování fistule uvedl jen ze začátku léčby, nyní už ne. Příjemné to ovšem není žádnému z nich. *ŠJe to sice cítit, ale nic hrozného to není a dá se to v klidu vydržet* (P3). V těchto problémech s fistulí měl jen pacient P8. Tomu lékaři dávali jít i spojky, z nichž dvě se neujaly. V podání těchto fistule se nyní hojí a pacient má do svého centrální venózní katetr.

A jak se pacienti s bolestí vyrovnávají? Pacienti P1 a P4 uvedli, že se předsnaží být v pohybu, aby odvedli svoji pozornost a na bolest nemysleli. Zbytek dotazovaných je toho názoru, že bolest patří k nemoci a nemají tedy žádné speciální postupy, jak se s bolestí vyrovnat.

7.5.4 Potřeba výživy

V této oblasti jsme se zaměřili na změnu stravovacích návyků pacientů a na to, jak si na dietu zvykli. Pacienti smí jíst jen určitá jídla a některé potraviny jen v omezeném množství. V jejich dotazování se shodli na tom, že největší problém měli ze začátku, když si zvykali na novou dietu a museli se naučit, které potraviny mohou a které ne. *Šlo o to, že si musí uvědomit, že nesmí jídlo, které obsahuje hodně vody, a to je ze začátku hodně těžké* (P8). Pacientka P1 uvedla, že největší problém jí dle vynechat tekutou stravu, jakou jsou například polévky a omáčky. Dvěma pacientkám dle největší problém vynechat ze svého jídelníčku ovoce a zeleninu. Pacientka P2 uvedla: *Šlo o to, že jsem zvyklá jíst opravdu hodně ovoce a zeleniny, hlavně okurky a rajčata. Musím se to hodně držet* (P2). Najdou se ovšem i výjimky. Pacienti P3 a P4 neměli se změnou stravy vůbec problém. *Šlo o to, že mám žaludek níže v edy, takže na diety jsem zvyklá. Tohle je jen trochu něco jiného* (P3). Jeden z dotazovaných má navíc i dietu redukční. Dostat se na určitou váhu je u něj totiž podmínkou k transplantaci ledvin. Tento pacient dodal: *Šlo o to, že pro mě motivace. Dív by mě nenapadlo hubnout, ale to jednoduše musím, pokud chci na operaci* (P5). Pro ně které ovšem není dieta úplně nejlepší. Nejí sice všechny zakázané potraviny, ale zároveň se úplně neomezují. *Šlo o to, že já té dietě moc nedám, mám po jídle na něco chuť* (P6). U žádného z pacientů nebyly po zahájení léčby zaznamenány žádné změny v chuti k jídlu. Pacienti, kteří berou dietu opravdu vážně a striktně jí dodržují, se shodli na tom, že lepší je si zvyknout a být na tom fyzicky i psychicky lépe, než přilákat špody. *Šlo o to, že jsem se pacient, jestli zvažili tuto možnost a kladné odpovědi se mi dostalo jen u dotazované P2. Ta dodává: Šlo o to, že to výborný pomocník.*

Pacienti museli s výživou podívat onemocnění, což mimo jiné znamená velké omezení v příjmu tekutin. Podle počtu funkce ledvin mají pacienti rozdílně nastavené množství povolených tekutin. A je ovšem příjem tekutin jakýkoliv, pacienti se shodli na tom, že před léčbou byli zvyklí vypít mnohem více tekutin a s nyníjším omezením se vyrovnávají těžce. Dotazování P2, P3, P5, P6, P7 a P8 mohou vypít pouze 0,5 až 1 litr tekutin denně. V souvislosti s tím byla společnou potřebou těchto pacientů velká žízeň. Tu ovšem pocítili i zbylí pacienti, kteří vypijí kolem 1 až 2 litrů. *Šlo o to, že komu se zdá, že 2 litry jsou hodně, jenže já jsem byl zvyklý vypít tak 4 litry, takže ta žízeň tam je pořád* (P4). Jako další problém se ukázalo sucho v ústech. Tento pocit sdílí v jejich dotazování, až na pacienta P9. Pacientka P3 si například pomáhá tím, že si ústa každou hodinu vyplachuje ústní vodou. Jednou z možností, jak si také ulevit od pocitu suchosti v ústech, je flýkání. Ptala jsem se pacienta, jestli zvažili tuto možnost a kladné odpovědi se mi dostalo jen u dotazované P2. Ta dodává: *Šlo o to, že to výborný pomocník.*

fvýkáním se zvýší produkce slin a já pak nemám tak sucho v puse (P2). Na doplující otázku, kdo jí tuto možnost navrhl, pacientka uvedla, že jí fvykání doporučil kamarádka zubárka. Zbytek dotazovaných o této metodě nikdy neslyšel nebo ji neznal. Ti dotazovaní uvedli, že pitný režim dodržují zejména proto, aby neměli problémy s otoky dolních končetin. *Še za útku jsem vypila třeba i víc, jenže se to pak projevilo formou otok. Te piju tolik, kolik mám a v t-inou je v-e v po útku* (P2). Dva z dotazovaných mají dobrý pocit z toho, když p íjdou na dialýzu a na váze se ukáží, že pitný režim dodržovali. Je to pro ně určitý způsob motivace. *Šsem rád, když mám dobré hodnoty. Sestřiky m pak chválí, a to m zvedne náladu* (P5). Ostatní vypijí tolik, kolik mají zpravidla proto, aby dodržovali stanovenou léčbu, jelikož chápou důvod omezení tekutin. *ŠNení to nic příjemného, ale prostě je to tak. Jestli chci nějaké výsledky, musím se ídit tím, co eknou doktoři. A já jim v ím* (P8).

7.6 Kategorie 4 - Psychické potřeby

Po diagnostikování onemocnění nebyla psychika pacientů v moc dobrém stavu. *ŠByl jsem v -oku a na-tvaný, připadalo mi to nespravedlivé, ale to asi každému* (P4). V-ichni dotazovaní se shodli, že začátek byl těžký, ale postupně se dopracovali k pozitivnímu myšlení. *Šaseť si uv domíte, že by vlastně mohlo být i h -* (P6). *ŠJsou lidi, kteří jsou nemocní mnohem víc. Já mám alespoň možnost jít na transplantaci a mám tak v t-í -anci se uzdravit* (P3). Dotazovaná P1 dokonce ekle: *ŠBeru to tak, jak to je. Mám postiženého syna a nemocné ledviny jsou proti tomu úplně nic* (P1).

V začátcích byla pro dotazované nejduležitější podpora rodiny. Bohužel ne všem se této podpory dostalo. *ŠZ blízkých příbuzných mám jen sestru. Ta m za ídila praktické věci, ale psychické podpory se od ní nedočkám* (P7). Pacient P5 ekle: *ŠObas mám pocit, že m moji známí vidí jako simulanta. žádný projev nemoci přeci zvenku vidět nejsou. Ale to, co je uvnitř, únava, dieta a bolesti, to uř nevidí* (P5). Ostatní pacienti mají ve své rodině obrovskou podporu a jsou -astní, že ji mají. Dotazovaný P4 má pocit, že jen díky své manželce a dce i dokáže svoji nemoc zvládat. *ŠMá žena je skvělá. Ví, že m vždy podrží a že se na ni mohu spolehnout. A moje dcera m neustále dodává energii* (P4). Dotazovaný P8 ekle: *ŠV rodině mám 100 % podporu. Táta je záchrana, takže moc dobře chápe, co se d -* (P8). Pacientka P1 dokonce uvedla: *ŠRodina je základ a pro m jejich podpora znamená pl zdraví* (P1).

Dle všech dotazovaných je těžké tuto nemoc zvládat. Jedna z pacientek se i přes dostatečnou podporu rodiny rozhodla vyhledat odbornou pomoc psychologa. *ŠTo m*

hlavně o to, abych si mohla popovídat s odborníkem, který by mi poradil, jak se s diagnózou vyrovnat (P2). A nyní jí přidává: *š Moc mi to pomohlo (P2)*. Dva dotazovaní nad možností využít pomoc psychologa párkrát uvažovali, nicméně tuto možnost nevyužili. Ostatní pacienti žádají odbornou pomoc nevyhledávali.

Momentální psychické ladění pacient je na dobré úrovni. *š N kdy je h , n kdy líp, znáte to. Ale poslední rok je mi celkem fajn (P5)*. Výjimkou je dotazovaný P7, který nedávno prodal mozkovou mrtvici, díky čemuž se v poslední době necítí psychicky dobře. *š Není mi nic moc, po čem na to myslím. Hodně mi to zkomplikovalo léčení (P7)*. Ostatní dotazovaní nevedli deprese ani úzkostné stavy. Pacient P4 řekl: *š Deprese jsem nikdy neměl, ale po čem jsem hodně naštvaný. Snad se s tím časem smířím (P4)*.

Dotazovaní také porovnali své hodnoty a pocity před onemocněním a po zahájení léčby. Na prvním místě je nyní pro dotazované jednoznačně zdraví. *š Dříve jsem si stěžoval na každou blbost, každé kráchnutí. Teď jsem ráda, když mám jeden den něco nebolí (P2)*. Dotazovaný P6 řekl: *š Mnohem víc si teď užívám maličkosti. A hlavně jsem rád, že jsou dnes takové moderní metody a že jsem tady (P6)*. *š Já si uvdomuju, jak moc mi dialýza pomáhá a že bez ní bych tady už asi nebyl (P8)*. Dotazovaný P4 nyní upřednostňuje svoji rodinu nad pracovním životem. *š Já byl, předtím jsem se, trochu sobec a taky workoholik. Teď je pro mě nejdůležitější rodina (P4)*.

7.7 Kategorie 5 - Sociální potřeby

Společenský život se u některých dotazovaných určitým způsobem změnil. S dotazovaným P4 přerušil kontakt jeho bývalí pracovní kolegové. *š Nevím, možná to bylo tím, že mimo práci jsem se s kolegy vídal jen občas. Když jsem přestal pracovat, postupně se mi všichni přestali ozývat (P4)*. Dotazovaný P4 má ale dlouhodobé známé, se kterými udržuje pravidelný kontakt. I dotazovaný P8 má stále kamarády. Nemoc a únava ale bohužel způsobily to, že už se s nimi nevidá tak často, protože nechce chodit do společnosti. *š Mám celkově málo energie. Spoluřádky po čem chodí na nějaké diskotéky, já na to ale nemám sílu a kolikrát ani náladu (P8)*. Dotazovaní P2 a P5 se shodli, že nyní raději tráví čas o samotě a v klidu. Pacientka P2 říká: *š Vyhovuje mi sednout si sama na zahradu a jen tak relaxovat. Nejsem ten typ, co kolem sebe potřebová po čem nějaké lidi (P2)*. *š Vždycky jsem byl samoták a s nemocí se to jen umocnilo. Teď se lidé ptají jen, jak to zvládám, a lituji mě o to já nestojím. Tak jsem rád sám (P5)*. Pro dotazovanou P1 ovšem zůstalo vše při starém. Vidá se jen s rodinou a sousedy, do společnosti pravidelně poslední roky nechodí. *š Nikdy jsem*

nebyla zvyklá chodit, jak se tak říká, na šabince. Znamé potkávám náhodou při procházkách a na tom se nic nezměnilo (P1). Společenský život nemoc neovlivnila ani dotazované P3, možná právě naopak. ŠDcera mě teď táhne na nějaké výlety. Zdá se, že toho teď dělám víc než před nemocí (P3). Některá omezení se necítí ani dotazovaní P6 a P9. Do společnosti i nadále chodí. Sociální kontakt je pro ně velmi důležitý. Pacient P6 jen dodává: ŠNevyjdou si třeba tak často, jako dřív. Nic si teď dopředu neplánuju, protože nevím, jak moc unavený v ten konkrétní den budu. Ale s přáteli se vídám pořád (P6).

V horší sociální situaci je momentálně pacient P7, který bydlí sám v penzionu. ŠNest fluju si, mám tam svůj byt a sestry se o mě starají (P7). Dotazovaný je ale kvůli nedávno prodělané mrtvici velmi omezen v pohybu, což mu zabráňuje chodit do společnosti. V pravidelném kontaktu je pouze s přáteli z hudební kapely, kteří mu volají nebo za ním občas zajdou. ŠJe to nezvyk, dřív jsme s kapelou každý týden někde vystupovali. Rád jsem mezi lidmi a je pro mě těžké nemoci si někde vyjít (P7).

Co se týče partnerského života, dotazovaní se shodli, že jejich vztahy se nemocí spíše upevnily. Jedná se o dotazované P2, P4, P5, P6 a P9. ŠManželka je na mě teď taková hodná. Hodně se stará, připravuje mi léky podle předpisu a tak (P5). Dotazovaný P9 řekl, že manželka je nyní kolikrát až příliš starostlivá. ŠKolikrát mi jen trochu klesne tlak a manželka by hned volala sanitku. Někdy je to otrava, ale vím, že má jen starost a myslí to dobře (P9). Dotazovaný P4 cítí ve své manželce obrovskou podporu a je rád, že má někoho, s kým mohl dělat těžké věci. ŠS manželkou jsme svoji 6 let. Jsem rád, že ji mám, protože sám bych se s nemocí určitě vyrovnával hůř (P4). Tento dotazovaný je z těch, kteří mají partnera, jako jediný sexuálně aktivní. Kromě zvýšené únavy neuvádí jiný důvod, který by mu bránil v sexuální aktivitě. ŠVše je pro mě staré (P4). A se smíchem dodává: ŠJen jsem to teď občas já, a ne manželka, kdo křičí, že je na něco moc unavený (P4). Dotazovaní P1, P3, P7 a P8 říkají bez partnera, proto se k oblasti partnerských otázek nevyjadřovali.

7.8 Kategorie 6 – Volný čas

Dotazovaní mají nejraději koníčky a zájmy. Společnou aktivitou pacientů jsou procházky, které mají rádi zejména dotazovaní P1, P2, P3 a P9. Ty jsou pro ně nejméně vyčerpávající. ŠChodím na procházky pravidelně několikrát denně se svým pejskem. Někdy se mi nechce, ale aspoň mám nějaký pohyb (P1). Dotazovaný P9 uvedl: ŠChodím ven rád, kvůli tomu jsem si tak nějak vyistil hlavu a není to nějak namáhavý pohyb (P9). Dotazovaný

P6 sv j volný as nejrad ji tráví na fotbalovém h i-ti. I p esto, fle mu s nemocí velmi klesla fyzická zdatnost, stále na fotbal chodí alespo trénovat. *šJe to moje vá-e . I kdyfl ufl s klukama neb hám, aspo trénuju mlad-í dorostõ* (P6). Dotazovaní P3, P5 a P6 se ve volném ase v nují zahrad , domácím pracím nebo jezdí na chatu. *šHrozn rád va úm, kdyfl mám asõ* (P5). Se smíchem dodává: *šA manfelka je potom samoz ejm taky moc rádaõ* (P5). Dotazovaná P3 ekle: *šNejrad ji se v nuji úpravám zahrady a okolí domu. Jsem na erstvém vzduchu a aspo se trochu hýbuõ* (P3). Pouze jeden dotazovaný, P7, tráví sv j volný as spí-e pasivn . Nejrad ji tráví as u film i po íta e nebo skládání puzzl . Dotazovaná P2 uvedla zajímavý koní ek, kterým je otuflování. *šMám prost ráda koupání a je mi jedno, jestli je teplo nebo zima. Navíc to prospívá zdravíõ* (P2).

Onemocn ní s sebou p iná-í i ur itá omezení. Dotazovaní museli omezit zejména svoji fyzickou aktivitu. Dotazovaní P4 a P7 d íve hodn jezdili na kole. Nyní kv li bolesti kloub a únav musejí tento sport vynechat. *šKolo mi chybí, byl to m j druh relaxace. Nicmén po ád doufám, fle po transplantaci bolesti p estanou a zase jezdit za nuõ* (P4). Dotazovaný P8 hrával fotbal, kv li velké únav ale nyní nesportuje. Zbytek dotazovaných se v t-í fyzické aktivit nev nuje bu proto, fle nesportoval ani p ed onemocn ním, nebo proto, fle se bojí, fle by to mohlo zhor-ít jejich zdravotní stav. *šHrával jsem ping pong, trochu fotbal, te mám ale takový divný pocit. Nevím, asi si myslím, fle bych n kde mohl zkolabovatõ* (P5). V-ichni dotazovaní se také shodli, fle s velkým omezením se potýkají stran del-ího cestování. Dotazovaní P3, P4, P5 a P8 byli zvyklí pravideln jezdit na del-í dovolené. Nyní ale musejí kaflký druhý den trávit v hemodialyza ním st edisku. Jejich pot eby cestování jsou tak velmi omezené. Na výlet mohou vyrazit pouze na jeden afl dva dny v kuse. *šKaflký p l rok jsem jezdil pry alespo na týden n kdy i dva. Te jsem furt zav ený doma, vícemén po ád na stejném míst õ* (P8). *šM l jsem ur ité návyky a ty jsem musel bohufel dost zm nit. I tak se ale snaflíme jezdit na výlety kaflký víkend. Hlavn kv li maléõ* (P4). Dotazovaný P5 jezdí místo výlet alespo na svoji chatu. *šJsem tam vfldy, kdyfl to jde. Tedy kdyfl mám volno a nemusím na dialýzuõ* (P5). Dotazovaní P4 a P8 do omezení také uvedli sníflenou imunitu a s tím spojené ast j-í nachlazení. Pacient P4 ekl: *šP ijde mi, fle jsem te nemocný kafldou chvíli. Trápí m ch ipky a celkov jsem nemocný tak dvakrát ast ji, nefl jsem bývalõ* (P4). Pro dotazovaného P7 je nyní nejv t-ím omezením malá pohyblivost. Po mozkové mrtvici sice podstupuje rehabilita ní cvi ení, ale musel se vzdát svého nejv t-ího zájmu, ímfl bylo hraní na kytaru. *šKdo ví, jestli si je-t n kdy*

zahraju, a kdyfl jo, ur it to nebude jako d ív. T eba se ale zas budu asem hýbat stejn , to se uvidíõ (P7). Dotazovaní jsou také omezeni v pracovní oblasti. V-ichni dotazovaní jsou v áste ném nebo plném invalidním d chodu. Dotazované P1, P2 a P3 byly v d chodu jifl p ed diagnostikováním onemocn ní a dotazovaný P8 je student, který nepracoval. Zbylým pacient zabraónilo ve výkonu povolání práv onemocn ní a lé ba. U dotazovaných P4, P5 a P7 to bylo z d vodu fyzické námahy, u pacient P6 a P9 proto, fle nemohli dodrřovat stanovenou pracovní dobu. *šNevadí mi, fle ufl nepracuju. Prost jsem si tro-ku d ív ode-el do d choduõ (P6).* Jediný, kdo úpln nezanechal práce, jen zm nil pracovní místo, je dotazovaný P4. *šD lám te práci, která není fyzicky náro ná a sta í mi na ni pár hodin denn . Trochu si tak p ivyd lávámõ (P4).*

V záv ru jsem se ptala na to, co pacient m na jejich onemocn ní a na lé b vadí nejvíce. Dotazovaní P1, P2, P6, P7 a P8 se shodli, fle nejhor-í pro n je dojífd ní a to, fle na dialýze musí trávit tolik asu. *šJe to frustrující, kdyfl víte, fle tolik asu musíte proleřet tady a nejde s tím nic d latõ (P7).* Pacient P8 ekl: *šNejhor-í je ten as, kdy tady leřím a v podstat ho proflákám. Vadí mi, fle jsem te na n em závislýõ (P8).* *šNem flu si zvyknout na to dojífd ní. Samotná cesta zabere tam i zp t skoro ty i hodiny. A kdyfl si k tomu p ipo tete ten as tady, je to stra-n moc hodinõ (P1).* Oproti tomu dotazované P3, P4, P5 a P9 více omezuje neustálá únava. *šJá se furt roz iluju, fle m ta dialýza tak vysáváõ (P3).* *šPro m je d leříté mít dost energie. Kdyfl jsem hodn unavený, odnese to potom hlavn moje rodina, a to není dob eõ (P4).*

7.9 Kategorie 7 - Domáci hemodialýza

Tato kategorie je zam ena na dotazovaného P9, který porovnal lé ení v hemodialyza ním st edisku s domácím prost edí. Dotazovanému byl tato mořnost nabídnuta primá kou interního odd lení. Vzhledem k tomu, fle pacient nebyl v hemodialyza ním st edisku spokojen a je technicky velmi zdatný, neváhal tuto lé ebnou variantu vyufflít. Dotazovaný se nejprve musel nau it zacházet s dialyza ním p ístrojem. *šNejd ív to bylo náro né, ale brzy jsem na to p i-el. Musím si um t p iřpravit dialyzát a nastavit správn funkce a zapojit setõ (P9).* Nau it se musel i správnou aplikaci dialyza ních jehel. *šNikdy sem nem l rád, kdyfl m tady sestry napichovaly nebo kdyfl mi berou krev. Ode m mi to ale nevadí a s napichováním nemám řádné problémy. Chce to ale samoz ejm zru nost a cvikõ (P9).* To v-e se u il v dialyza ním centru pod dohledem zhruba m síc. Následovala kontrola dovedností a dotazovaný mohl za ít s domácí lé bou. *šP i-la m zkontrolovat n jaká zástupkyn od EU. V-echno schválila a bylo toõ (P9).*

Za hlavní výhodu této lé by pokládá dotazovaný zejména domácí prostředí. *šJe to obrovská výhoda. Jsem doma, nemusím nikam jezdit, nikdo m neotravuje* (P9). Na základ toho, si m fle za ídit frekvenci dialýz podle sebe. *šMa-inu zapínám –est krát týdn . Volnou si v t-inou nechávám ned li, ale kdyfl chci zrovna n kam jet, no tak si dám dialýzu na n kdy jindy. Za ídím se, jak chci* (P9). Dotazovaný si navíc m fle sám zvolit, v kterou denní dobu bude k p ístroji p ipojen. *šV centru jsem musel být vřdy v ur itou dobu, to m omezovalo. Doma si dialýzu zapínám, kdy chci, v t-inou k ve eru a koukám u toho na televizi* (P9). Do dialyza ního centra pak dotazovaný dojíždí jen na pravidelné m sí ní kontroly. Dotazovaný uvedl, fle nyní se celkov cítí mnohem lépe. *šTam jsem m l vřdycky vysoký tlak, doma mám spí–nífl-í. Myslím si, fle to je hodn psychikou. Jsem te víc v pohod . Navíc m skoro p estaly trápit k e e* (P9).

Do nevýhod by dotazovaný za adil hlavn vy–í spot ebu vody a elekt iny. *šI kdyfl to není extra velká ástka, je to samoz ejm znát. A to mi nikdo nezaplatí* (P9). Dotazovaný také pot ebuje skladovací prostor na zdravotnický materiál, který je pot ebný k domácí lé b a poukazuje i na náro nost údrflby hemodialyza ního p ístroje. *šMusím se o ma-inu starat, jinak by se za ala ucpávat. ístím ji po kařdém pouflití. Samoz ejm sem ale chodí i údrflbá , který v-e kontroluje* (P9). Za nevýhodu dotazovaný považuje i to, fle si musí hlídat krevní tlak. *šV centru to d laly sestry, ale doma se hlídám sám. Ne fle bych se n jak bál, ale tam sem si mohl být jistý, fle je v-e pod kontrolou* (P9). Jelikofl m fle mít domácí dialýza adu komplikací, mají pro v–echny p ípady v nemocnici na dispe ink uleflené pacientovo íslo. V p ípad , fle by dotazovaný zavola, bez jakýchkoliv otázek okamflit vyráflí rychlá zdravotnická záchranná služba. Doposud se na–t stí u dotazovaného fládné komplikace nevyskytly.

O domácí hemodialýze v d la polovina ostatních dotazovaných, kte í by ale p ípadn tuto mořnost odmítli. *šUr it je to fajn, nemusela bych sem jezdit, ale asi bych se s tím ani nenau ila zacházet* (P2). *šNe to bych necht la, co kdyby se b hem toho n co stalo a já byla doma sama* (P3). Zbytek dotazovaných o tomto zp sobu lé by nesly–el.

8 Diskuze

V bakalářské práci jsme se zabývali potřebami pacientů podstupujících dialyzaci léčbu. Výsledky kvalitativního výzkumu jsou získané z rozhovorů (viz Příloha 1), které byly tvořeny s pacienty v hemodialyzačním středisku. Rozhodnutí pacientů, zda nám poskytnou rozhovor, bylo zcela na jejich svobodné vůli, nikdo nebyl do zodpovězení otázek nucen. Nešetkali jsme se s žádnou negativní odpovědí, všichni oslovení pacienti rozhovor ochotně poskytli. Pacienti mluvili velmi otevřeně, stanovené otázky je nijak nepohoršovaly. Ve většině případů jsme se dokonce setkali s velkým nadšením. Pacienti byli rádi, že se o jejich potřebách někdo zajímá.

V této části práce se zabýváme především diskuzí s výsledky výzkumného šetření a také porovnáním těchto výsledků s literaturou.

Téma lidských potřeb bylo zkoumáno již mnoha autory. Jak uvádí Mánková (2011), poznání našich vlastních potřeb nám napomáhá k pochopení nejen sama sebe, ale také potřeb jiných lidí, naší tolerance k druhému člověku a k lepšímu zorientování se ve svízelné situaci.

V první části diskuze jsme se zaměřili na základní údaje dotazovaných, jako je věk, délka onemocnění, délka léčby a místo, kde hemodialýzu podstupují. Tyto informace jsou znázorněny v tabulce 1. Co se týče věku, Hrubý a Mengerová, (2010) uvádí, že většinu dialyzovaných pacientů dnes tvoří starší populace. Podle dat, která jsme od pacientů získali, byla tato informace potvrzena. Výjimku tvořili dva dotazovaní středního věku a jeden dotazovaný, kterému bylo onemocnění diagnostikováno v pouhých 19 letech.

Data, která jsme získali při rozhovorech, byla rozdělena do sedmi tematických kategorií. První kategorie se zabývala zátkem léčby. Jelikož většina pacientů byla před zátkem onemocnění dlouhodobě sledována, stanovená diagnóza pro ně nebyla velkým překvapením. Setkali jsme se ovšem i s tzv. špacienty z ulic, kteří byli posláni diagnózy v nemocnici. Podle Janouška (2008) tvoří tyto pacienti asi polovinu všech dialyzovaných. Dle mého názoru je proto důležité pravidelně navštěvovat praktického lékaře, který může případné problémy odhalit a včas je řešit. To potvrzuje i Merta (2009), který uvádí, že jedině včasnou diagnózou lze zabránit případným komplikacím a dalšímu rozvoji onemocnění.

Dále jsme se v této kategorii zabývali informovaností pacientů. Ze získaných odpovědí jsme byli mile překvapeni. Většina dotazovaných dostala dostatek informací

práv od svého ošetřujícího lékaře záhy po tom, co jim sdělil nepřijemnou diagnózu. Některí dotazovaní si ovšem informace o onemocnění a léčbě dohledávali na internetových stránkách, a to z důvodu ostychu nebo strachu, že budou vypadat hloupě. Dle mého názoru je ovšem mnohem lepší přijít s jakoukoliv otázkou za lékaře nebo sestrou, i kdyby to mělo být opakovaně a pacient by si myslel, že zdravotnický personál obtěžuje. Na webových stránkách totiž ne vždy nacházíme relevantní zdroje, které mohou určitým způsobem pacientovi uškodit. Jak totiž uvádí Křivohlavý (2002), informace jsou prvním krokem na cestě ke zvládnutí problému, v tomto případě nemoci.

Čekal et al. (2010) uvádí, že v dnešní době je nejrozšířenější formou léčby hemodialýza. Tato informace byla potvrzena, jelikož největší část pacientů docházejících do vybraného dialyzačního střediska je léčena hemodialýzou a pouze pět pacientů peritoneální dialýzou. Osm z devíti dotazovaných při výběru z těchto dvou metod dalo přednost hemodialýze. Hlavním důvodem byly obavy z komplikací, které by mohly nastat v domácím prostředí. Dle mého názoru je ovšem toto riziko srovnatelné s komplikacemi, které mohou nastat při hemodialýzou léčbě. Pacient, který se přiklonil k peritoneální dialýze, uvedl jako hlavní důvod více volného času a svobody. Samostatnost pacienta a méně časové omezení jako hlavní výhodu této formy dialýzy uvádí také Viklický a Rajnochová (2013). U pacienta se ovšem během léčby začaly vyskytovat komplikace, v důsledku čehož po 3 měsících na léčbu hemodialýzou. Nezbytnou součástí léčby je také zařazení do transplantačního programu. Věichni pacienti si jsou dobře v domě toho, že transplantace je jejich jedinou šancí na úplné vyléčení. Potvrzují tak slova Čekal et al. (2010), který říká, že transplantace jako jediná, zajišťuje kompletní náhradu ledvinných funkcí. Dle mého názoru dává představa o transplantaci pacientům obrovskou naději, díky které nevzdávají tak náročně léčbu, jakou je právě dialýza.

Kategorie dvě se vztahuje k první výzkumné otázce „Jaké jsou hlavní potřeby pacientů během dialyzačního ošetření?“ Z této kategorie plynou pocity a potřeby, které pacienti mají při ošetření v dialyzačním středisku. Základním pilířem ošetření by měl být kvalitní přístup personálu. Jak vyplynulo z odpovědí, příjemné chování sester je pro pacienty velmi důležité. Dodává jim pocit bezpečí a naději, kterou tolik potřebují. Tomagová et al. (2008) uvádí, že sestry by měly každého pacienta brát s individuálním přístupem, a právě individuální přístup a také velkou ochotu personálu věichni dotazovaní uvedli. Pozitivní ladění personálu také přispívá k tomu, že většina dotazovaných se v dialyzačním středisku cítí velmi pohodlně. Není tomu tak bohužel ve

v-ech p ípadech. Na dva dotazované nep sobí dob e zejména p ítomnost ostatních pacient a samotné nemocni ní prost edí. Z odpov dí dále vyplývá, že celkový dojem z o-et ení by mohlo vylep-ít nap . malé ob erstvení. Ve-kerý as na dialýze pak pacienti tráví poslechem hudby i sledováním film a málokterý z dotazovaných vyuffívá dialýzu ke spánku. Práv proto jsem z ejm mohla s pacienty rozhovory provést. Z pozorování ostatních pacient jsem ov-em usoudila, že spánek je tím, co pacienti na dialýze d lají nej ast ji. P i každé náv-t v st ediska totiž spaly zhruba dv t etiny v-ech pacient . Z odpov dí dále vyplývá, že b hem o-et ení je pro dotazované velmi d leffité ticho a klidné prost edí, díky kterému si mohou ve st edisku odpo inout. Klid a pohoda velmi p ízniv p sobí na psychickou stránku pacient . Dva z dotazovaných naopak dávají p ednost televizi nebo konverzaci se sestrami i ostatními pacienty. Dle mého názoru by bylo p ínosné, kdyby byl v dialyza ním st edisku p ítomen n kdo, kdo by si s pacienty povídal. Mohl by tak pacienty povzbudit, p íjemn naladit a zároveň jim ukrátit dlouhý as, který musí na o-et ení strávit.

K výzkumné otázce dv šJaké jsou hlavní pot eby pacient v jejich osobním flivot ? se vztahuje následujících p t kategorií. V kategorii t i jsme se zabývali fyziologickými pot ebami pacient . Z odpov dí plyne, že hlavní problém poci ují pacienti v oblasti bolesti, která výrazn snižuje kvalitu jejich flivota. Dialyzované pacienty nejvíce trápí chronická bolest hlavy a pohybového aparátu, jak uvádí Haluzíková a ímovská (2011). Toto tvrzení nám bylo díky výsledk m výzkumného -et ení potvrzeno více než polovinou pacient . Bolesti hlavy se u pacient vyskytují zejména v souvislosti s výkyvy krevního tlaku. Problémy s pohybem a bolest kloub trápí pacienty bez ohledu na denní dobu. N které pacienty navíc trápí k e e a mraven ení prst . V-echny tyto obtíffe pacient m velmi zne p íjem ují jak samotné o-et ení, tak volný as. Vnímání bolesti má spoustu r zných podob. Problémy se u pacient mohou vyskytovat také nap . v souvislosti s dentálním zdravím. Sulková (2014) uvádí, že s chronickým onemocněním ledvin je asto spojena peritonitida, poru-ení zubní skloviny i xerostomie. Toto tvrzení se potvrdilo u jedno z dotazovaných, který se potýká s v t-í kazivostí zub a velmi -patným dechem. Pacient m, kte í mají problémy v oblasti zubní hygieny bych doporu ila náv-t v u dentální hygienistiky. Z vlastní zku-enosti vím, že nedostate ná ústní hygiena m že vést k ad zdravotních problém . Harris et al. (2012) zdokumentoval, že práv vnímání bolesti je pro pacienty prognosticky velmi nep íznivé. P ítom jist existuje ada zp sob , jak s bolestí bojovat. Podle mého názoru bychom m li problematice bolesti

dialyzovaných pacientů v novat mnohem více pozornosti. Bolest zasahuje do všech složek osobnosti nemocného a zhoršuje pacientovu fyzickou i psychickou kondici. Také Haluzíková a Šimovská (2011) říkají, že problematika bolesti dialyzovaných pacientů je stále opomíjena.

Další potěba, která je u dialyzovaných pacientů často narušena, je potřeba spánku a odpočinku. Tato potřeba úzce souvisí s bolestí i stresem. Pacienti zpravidla špatně usínají nebo se v noci budí a nemohou usnout. To se ovšem týká jen zhruba poloviny dotazovaných. Sulková (2014) uvádí, že jedním z důvodů poruchy spánku může být syndrom neklidných nohou. Tento fakt ovšem žádný z dotazovaných nepotvrdil. Je velmi důležité potřebu spánku uspokojovat a snažit se zlepšit jeho kvalitu. Spánek je nutný k udržení dobré psychiky a regeneraci organismu (Tomagová et al., 2008). Pokud se tedy pacient dobře vyspí, je mnohem lépe naladěný, cítí se dobře po všech stránkách, a to vede ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Dobrému zdraví přispívá také odpočinek a relaxace. Každý člověk potřebuje kvalitní odpočinek a v nemoci se tato potřeba násobí. Všichni pacienti uvedli, že nyní potřebují mnohem více odpočinku a relaxace, než tomu bylo před začátkem léčby. To souvisí zejména se zvýšenou únavou pacientů. Jelikož dialyzační léčba je pro organismus velkou zátěží, odpovědi pacientů nás nepřekvapily. Všichni dotazovaní pocítili únavu ve velké míře, a to zejména po dialyzačním ošetřením. Není proto překvapením, že pacienti odpočívají během dne i doma, a to hlavně pasivně v pohodlí domova sledováním filmů nebo četbou. Zvýšenou míru únavy a potřebu odpočinku u dialyzovaných pacientů pak ve svém výzkumu zaznamenaly i Chrenková (2010) a Lindůvková (2016). Dobrou formou uvolnění jsou dle mého názoru například relaxační kurzy. Lidé se zde učí pracovat s podvědomím a posilují svou psychickou odolnost, což má pozitivní účinky na celkové zdraví pacientů.

Z výzkumného zetření vyplynulo, že dialyzovaní pacienti jsou dostatečně informováni o dodržování dietního i pitného režimu. Z rozhovorů jsme zjistili, že pacienti téměř všechny snížené množství tekutin. Potýkají se s velkou žízní a suchostí v ústech a většinou neví, jak si s těmito problémy poradit. Přesto, co se množství tekutin týká, pacienti ve velké míře doporučují lékaři dodržují. Najdou se ovšem i tací, kteří dělají výjimky a v průběhu dne vypijí nad limit povoleného množství tekutin. Dle mého názoru by si tyto pacienti měli více uvědomit závažnost situace a přilébat šnepodvádět. Na druhou stranu, dietní stravování není pro pacienty velkým problémem. Přiznávají si, že někdy konzumují zakázané potraviny, ovšem jen ve velmi malém množství k uspokojení chutí. V důsledku toho, že dodržování diety je nezbytnou součástí

lé by. Potvrzují tak slova Hrubého a Mengerové (2009), kteří říkají, že správná dieta je stejně tak důležitá, jako pravidelné užívání léků. Dle mého názoru je informovanost stran dietních opatření u těchto dotazovaných na dobré úrovni. Nikdy ale není pozdě na to něco vylepšit. Pokud si pacient není jistý, a je tomu tak zejména v začátcích, neměl by mít strach doptat se, které potraviny jsou pro něj vhodné a které ne, nebo si půjčit knihu s recepty pro dialyzované pacienty, kterých je v dnešní době spousta.

Z této kategorie vyplynuly nejméně uspokojované potřeby pacientů, kterými jsou bolest, nedostatek spánku a odpočinku, velká únava a fláka a sucho v ústech. Abychom pomohli pacientům, kteří mají ve výše zmíněných oblastech potíže, sestavili jsme informační leták (viz Příloha 4), který poskytne pacientům rady a tipy, jak se s těmito problémy vyrovnat.

Kategorie ty i je zaměřena na psychický stav pacientů, který v tomto onemocnění hraje významnou roli. Podle Kivohlavého (2002), se člověk najednou stane pacientem, je někým jiným a musí se s tímto faktem vyrovnat. Pacienti se shodli na tom, že se jim život úplně otočil naruby. Museli se přizpůsobit svému zdravotnímu stavu, což pro ně nebylo jednoduché. Pacienti se shodují s Lai et al. (2012) v tom, že nejnáročnější pro ně byl začátek léčby, postupně se ovšem s diagnózou vyrovnali. Zhoršený psychický stav byl zaznamenán u pacienta, který je momentálně po mozkové mrtvici. Ten si ovšem i přes momentální smutnou náladu snaží udržet zdravý rozum a pozitivní myšlení. Pacienti by se s onemocněním měli co nejdříve naučit žít a snažit se s tímto problémem vyrovnat. To ve svém výzkumu potvrdily i Gurková a Michnáková (2008), které zjistily, že péče o onemocnění je nezbytně k adaptaci na dlouhodobé změny, které plynou z dialyzačního režimu. K tomu, aby nemoc lépe přijali a znali všechny své možnosti, mohou pomoci patientské organizace. Myslím si, že tato sdružení nemocných jsou výborná věc. Jsou zde pacienti trpící stejným onemocněním, a tak si mezi sebou vzájemně rozumí. Pacienti se před nikým nestydí a neostýchají, jsou otevření a zjistí si vše, co potřebují vědět. Pokud se pacient s onemocněním nezvládne smířit sám ani s pomocí blízkých a začne trpět úzkostmi a depresemi, je podle Kivohlavého (2002) dobré navštívit odborníka. Takto učinila jedna dotazovaná, které pomoc psychologa velmi pomohla. Ostatním dotazovaným pomohla zejména psychická podpora jejich blízkých. U pacientů se s příchodem nemoci změnily také jejich priority. Dotazovaní se jednoznačně shodli na tom, že nyní je pro ně nejdůležitější navrácení zdraví. Zacharová (2011) tuto potřebu začadila do kategorie potřeb, které nemocí vznikají.

V páté kategorii jsme se zabývali sociálními vztahy. Dle Kivohlavého (2002), se chronicky nemocní pacienti často odcizují okolí a mohou za to trpět sociální izolací. V našem výzkumu se tato informace nepotvrdila. Společenský život pacient nebyl nijak zásadně omezen a podle našich předpokladů se rodinné vztahy pacient nemocí dokonce spíše upevnily. Dobré rodinné vztahy jsou dle mého názoru jedním ze základních kamenů léčby. Spoluúcta a podpora svých blízkých v nemoci zdrazují i Haluzíková a Šimovská (2011). Dle mé vlastní zkušenosti jsem předpokládala, že pacienti budou spíše uzavření a nespoluprávní. Tento předpoklad mi ovšem v tina pacient vyvrátila, jelikož i na dále udržují pravidelné kontakty se svými přáteli, i když ufl ne tak často. Hlavními důvody, proč chodí méně do společnosti, jsou především únava a celková vyčerpanost. Shodují se tak s Tomagovou et al. (2008), která uvádí, že tyto pocity jsou u dialyzovaných pacientů velmi běžné a do jisté míry mohou společenský život ovlivnit. V otázce partnerského života jsem se také dle očekávání nesešla s negativními odpověďmi. Věichni pacienti uvedli, že jejich partneři byli schopni onemocnění akceptovat a snaží se přizpůsobit jejich léčbě a novému životnímu stylu.

Do této oblasti také spadá otázka pracovního zaizení. Předpokládala jsem, že polovina pacientů bude v invalidním dchodu. Ovšem v plném i áste ném invalidním dchodu byli věichni pacienti. V tomto ohledu jsme se shodli tedy pouze s Brezaiovou (2011), která ve své bakalářské práci zjistila, že po zahájení dialyzační léčby odešla do invalidního dchodu právě polovina dotazovaných pacientů. Předpokládala jsem také, že vzhledem k nízké výši dchodového platu si budou pacienti určitým způsobem přivydívat. Kladné odpovědi se mi ovšem dostalo jen u dvou z devíti dotazovaných. Dle mého názoru je tomu tak z důvodu časového omezení, velké únavy i vyčerpání v ku pacientů.

V kategorii cest, jsme se zabývali využitím volného času. Získané odpovědi nás velmi mile překvapily. V tina dotazovaných tráví svůj volný čas aktivně, pravidelnými procházkami a menšími výlety, prací na zahradě nebo plaváním. Tento fakt je velmi potěšující, jelikož fyzická aktivita by u pacientů neměla vymizet. Dotazovaní tak nepotvrdili informaci Sulkové (2014) která říká, že minimální fyzickou aktivitu, která by měla být alespoň 30 minut denně, dodrhuje jen velmi malé procento dialyzovaných pacientů. Někteří dotazovaní dokonce uvedli, že své aktivní zájmy museli omezit. Jízda na kole i fotbal se staly pro pacienty velmi náročnými z důvodu úbytku fyzické kondice a u dvou pacientů také kvůli bolesti. S negativními pocity jsme se setkali i v

otázce cestování. Nkte í dotazovaní jsou v tomto sm ru omezováni. P estofle existuje možnost, kdy si mohou, v p ípad dovolené, dop edu zajistit dialýzu v jiném st edisku, pacienti tyto slufby neznají nebo nevyužívají. Rad ji tráví as doma a na jiná místa vyráfení jen ve dnech mimo dialýzu. Za velké omezení dotazovaní povafluji také dojíd ní na dialýzu a as, který musí na o-et ení strávit. S tímto problémem bohufl nejde nic d lat, jelikofl asová náro nost je nezbytnou sou ástí této lé by.

Poslední kategorie je v nována pacientovi, který podstupuje domácí hemodialýzu. Dotazovaný se v domácím prost edí lé í prvním rokem a z jeho odpov dí plyne, fle od té doby, co do dialyza ního centra dochází pouze na pravidelné kontroly, se výrazn zlep-il jeho psychický i fyzický stav. Velkou roli v jeho lé b hraje p edev-ím klid, který má práv v domácím prost edí. Dotazovaný neudává fládné psychické problémy, cítí se te více vyrovnaný, nezávislý a p edev-ím v lep-í nálad . Shoduje se tak se Ságovou (2016), která uvádí, fle u pacient v intenzifikovaném reffimu lé by bylo prokázáno nífl-í depresivní skóre m ené Beckovou -kálou depresivity. Nespornou výhodou je kontinuita a vy-í po et dialýz, díky kterým p estaly pacienta trápit k e e a zmizely problémy s vysokým krevním tlakem. Zlep-ení pozoruje také v oblasti únavy, která je nyní men-í o 20-30 %. Za nevýhodu domácí lé by povafluje dotazovaný pouze vy-í spot ebu elekt iny a vody, která souvisí s provozem dialyza ního p ístroje. Vy-í nároky klade tato lé ba také na úlofný prostor, jelikofl pacient musí mít dostatek skladovacího místa na zdravotnické pom cky. Malánová (2016) uvádí, fle domácí hemodialýza je vhodná zejména pro motivované, aktivní a zru né pacienty, kterým tento dotazovaný bezpochyby je. Tato metoda lé by je v eské republice teprve v za átcích. Dle mého názoru se ov-em stává stále více oblíbenou a snad se tak i p es velkou finan ní náro nost postupem roz-í í do více domácností.

9 Závěr

V této bakalářské práci šlo o potřeby pacientů podstupujících dialýzu. Někdy se zabývali problematičtějšími potřebami daných pacientů. Na základě této práce jsme si stanovili cíle a výzkumné otázky. Prvním cílem bylo: Zjistit, jaké jsou potřeby pacientů s hemodialýzou? Druhým cílem bylo: Zjistit, jaké jsou potřeby pacientů v jejich osobním životě? Na základě těchto cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První otázkou bylo: Jaké jsou hlavní potřeby pacientů s hemodialýzou? A druhou otázkou bylo: Jaké jsou hlavní potřeby pacientů v jejich osobním životě? Na základě výzkumného –et-ení se nám podařilo cíle splnit. Potřeby pacientů jsme zmapovali a zjistili jsme, které potřeby jsou u pacientů uspokojeny dostatečně a ve kterých jsou nejvíce omezeny.

Na základě výsledků kvalitativního výzkumného –et-ení jsme se dozvěděli, že s hemodialýzou –et-ení kladou pacienti nejvíce na klidné prostředí, díky kterému si při dialýze mohou dostatečně odpočinout. Dotazovaní také poukázali na potřebu psychické pohody, kterou jim bez pochyby poskytuje –et-ující personál. Díky sestřám, které o pacienty pečují s velkým zájmem a individuálním přístupem, se dotazovaní v dialýzovním centru cítí velmi dobře.

V oblasti osobního života bylo zjištěno, že pacienti jsou nejvíce omezováni dojížděním do dialýzovního centra a dobou, kterou na lék musí strávit. Únavová únava je ovšem nedílnou součástí léky, se kterou bohužel nejde nic dělat. K neuspokojení potřeb dochází zejména v oblasti bolesti, spánku a tekutin. Chronické bolesti hlavy a kloubů, zhoršená kvalita spánku a nedostatečný pitný režim mají negativní dopad na celkovou kvalitu života. Překvapující výsledky byly zjištěny v oblasti fyzické aktivity, která je, i přes zvýšenou únavu, s hemodialýzou stále významnou součástí života dotazovaných. Pacienti nejsou výrazně omezeni ani v oblasti dietního režimu a cestování. Zvýšená potřeba byla zaznamenána v oblasti psychické podpory, která je u většiny pacientů díky velké podpoře rodiny a přátel uspokojována. K uspokojení potřeb dochází i v oblasti sociální.

Na závěr je nutno zmínit domácí hemodialýzu a její dopad na jednoho z dotazovaných. Bylo zjištěno, že tato forma léky výrazně přispívá ke zlepšení pacientova života. Jeho potřeby jsou nyní více uspokojovány jak po fyzické, tak i psychické a sociální stránce.

Pro ošetřovatelský tým je důležité znát potřeby pacientů, jelikož na jejich základě rozvíjí ošetřovatelský proces. Pacienti mohou proto doporučit a ozvat se vždy, když mají nějaký dotaz či problém. Je důležité nebát se zeptat a nechat si poradit a pomoci. Pacienti mohou také doporučit prostudovat informační leták (viz Příloha 4), který jsme sestavili na základě nejméně uspokojovaných potřeb plynoucích z našeho výzkumného zjevení.

Tato práce může sloužit jako studijní a informační materiál pro studenty zdravotnických oborů. Dále může pomoci sestřím v lepší orientaci neuspokojených potřeb dialyzovaných pacientů. V neposlední řadě může práce posloužit pacientům, kteří nemají o léčbu dostatek informací a chtěli by se dozvědět více.

10 Seznam poufíté literatury

1. BAYOUMI, M., 2012. Identification of the needs of haemodialysis patients using the concept of Maslow's hierarchy of needs. *Journal of Renal Care*. 38(1). 43-49. ISSN 1755-6686.
2. BLETŇOVÁ, S., 2013. *Vztah sociální opory, zvládání stresu a depresivní symptomatiky a lokalizace kontroly u pacientů léčených peritoneální dialýzou a hemodialýzou*. Praha. Diplomová práce. FF UK.
3. BREZAIOVÁ, T., 2011. *Kvalita života dialyzovaných pacientů*. Hradec králové. Bakalářská práce. LF UK.
4. ETKA, R. et al., 2010. *Interna*. Praha: Triton. 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.
5. DOSTÁLOVÁ, G., 2015. Je pro m d lefíté znát p íb h každého pacienta. *St fle*. 24(3). 9-11. ISSN 1210-0153.
6. DUFKOVÁ, A., 2011. *Co znamená pot eba nemocných?* [online] [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: http://www.szs-ruska.cz/userdata/files/oppa/dotazy/OPPA_dotaz_19_10_2011.pdf
7. DfUMELOVÁ, M., 2009. Dialyzovaný pacient a trávenie voľného asu. *Florence*. 5(1). 28-29. ISSN 1801-464X.
8. ULÍKOVÁ, J., 2008. Komplexní pé e u dialyzovaného pacienta. *Urologie pro praxi*. 9(6). 326-327. ISSN 1213-1716.
9. GURKOVÁ E., MICHNÁ OVÁ, A., 2008. Zvládání zát flových situací u dialyzovaných pacientů . *Profese*. 1(1). 45-46. ISSN 1803-4330.
10. HALUZÍKOVÁ, J., ÍMOVSKÁ, Z., 2011. Hodnocení bolesti u dialyzovaných pacientů z pohledu sestry. *Paliativna medicína a lie ba bolesti*. 4(3). 116-118. ISSN 1337-9917 [online] [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5397&magazine_id=13.
11. HARRIS, TJ., et al., 2012. Pain, sleep disturbances and survival in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 10(4). 61-62. ISSN 1214-178X.
12. HOMOLKOVÁ, V., 2012. Transplantace ledviny od flijících dárců v R. *Medicína pro praxi*. 9(11). 460-462. ISSN 1214-8687.
13. HRUBÝ, M., MENGEROVÁ, O., 2009. *Výfiva p i pravidelném dialyza ním lé ení*. 1.vydání. Praha: Forsapi. 118 s. ISBN 978-80-87250-06-8.
14. HRUBÝ, M., MENGEROVÁ, O., 2010. *Dieta u chronických onemocn ní ledvin*. 1. vydání. Praha: Forsapi. 148 s. ISBN 978-80-87250-07-5.

15. CHERTOW, G.M. et al., 2010. In-center hemodialysis six times per week versus three times per week. *New England Journal of Medicine*. 370(9). 2287-2300. ISSN 0028-4793.
16. CHRENTMOVÁ, E., 2010. *Pot eby Dialyzovaných pacient* . Ostrava. Bakalá ská práce. LF OU.
17. JANOUTMEK, L., BALÁfi, P. et al., 2008. *Hemodialyza ní arteriovenózní p ístupy*. Praha: Grada. 153 s. ISBN 978-80-247-2547-5.
18. KHOLOVÁ, P., 2011. Transplantace ledviny v praxi. *Sestra*. 8(12). ISSN: 1210-0404. [online] [cit. 2017-10-16]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/transplantace-ledviny-v-praxi-462707>.
19. KRACÍKOVÁ, J., 2011. Chronické selhání ledvin a jeho lé ba z pohledu v-eobecné sestry. *Medicína pro praxi*. 8(7). 339-341 s. ISSN 1214-8687.
20. KRTMKA, Z. et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
21. K IVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISSN 80-247-0179-0.
22. LAI, A. et al., 2012. *Starting on haemodialysis: A qualitative study to explore the experience and needs of incident patients*. *Psychology: Health and Medicine*. 17(6). 674-684. ISSN 1465-3966.
23. LINDUTMKOVÁ, D., 2016. *O-et ovatelská problematika dialyzovaného klienta*. Brno. Bakalá ská práce. LF MU.
24. LIZÁKOVÁ, L. et al., 2017. Kvalita íivota dialyzovaných pacientov v kontexte o-etrovateľstva. *Aktuality v nefrologii*. 23(3). 326-238. ISSN 1213-3248. [online]. [cit. 2017-23-12]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/Aktuality_nefro/2017/03/AVN_3_2017_Lizakov a.pdf.
25. LYEROVÁ, L., 2012. Metody náhrady ledvinné funkce-praktický postup u pacienta s chronickým onemocn ním ledvin v predialýze. *Urologie pro praxi*. 13(4). 159-162. ISSN 1213-1768.
26. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L., 2016. *Teoretické východiska edukácie v zdravotnickej praxi*. Lipovice pri Pre-ove: A-print. 172 s. ISBN 978-80-89721-13-9.
27. MALÁNOVÁ, L., 2016. Hemodialýzu mám doma. *St fle* . 25(4). 18-21. ISSN 1210-0153.

28. MA ÁK, J., MA ÁKOVÁ, J., DVO Á KOVÁ, J., 2012. *Patologie*. 2. dopln ěn ě vydání. Praha:Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-3530-6.
29. MERTA, M., 2009. Základní charakteristika akutního selhání ledvin. *Urologie pro praxi*. 10(6). 347-350. ISSN 1213-1768.
30. NAVRÁTIL, L. et al., 2008. *Vnit ění léka ů ství*. 1. vydání. Praha: Grada. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
31. NEDBÁLKOVÁ, M., 2011. Hemodialýza-sou asná praxe. *Vnit ění léka ů ství*. 57(7&8). 640-644. ISSN 0042-7773X.
32. NOVÁK, I. et al., 2008. *Akutní selhání ledvin a elimina ění techniky v intenzivní pé ěi*. Maxdorf. 152 s. ISBN 978-80-7345-162-2.
33. OPATRNÁ, S., 2016. Peritoneální dialýza. *St ěle* . 25(4). 22-23. ISSN 1210-0153.
34. PACOVSKÝ, J. et al., 2016. Akutní selhání ledvin. *Urologie pro praxi*. 17(2). 75-78 s. ISSN 1213-1768.
35. PAVLICOVÁ, J., KRACÍKOVÁ, J., 2013. Brodovy dny se letos zam ěily hlavn ě na predialýzu. *Florence*. 9(7-8). 33. ISSN 1801-464X .
36. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *O-ět ovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
37. POLAKOVI Ě, V., 2014. Cévní p ěstupy pro hemodialýzu. *St ěle* . 25(1). 22-24. ISSN 1210-0153 [online]. [cit. 2017-10-23]. Dostupné z: http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2014/01/clanky/clanek_06.html.
38. POLEDNOVÁ, P., 2011. *Kvalita ěivota u dialyzovaných pacient ě*. Zlín. Bakalá ůská práce. UTB.
39. *Prázdninové dialýzy*. 2014. [online]. B. Braun Avitum. [cit. 2017-24-10]. Dostupné z: <https://www.bbraun.cz/cs/spolecnost/b-braun-avitum/prazdninova-dialyza.html#>
40. EHO OVÁ, J., TĚ PÁNKOVÁ, S., TĚ V ÍK, J., 2010. Spolupráce praktického léka ů e se specialistou v pé ěi o nemocné na dialýze. *Medicína pro praxi*. 7(6-7). 263-267 s. ISSN 1803-5310 [online]. [cit. 2017-24-10]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/06/04.pdf>
41. SÁGOVÁ, M. et. al., 2015. Jak se cítí dialyzovaný pacient? Pilotní výsledky dotazníkového pr zkumu v ěeské republice. *Aktuality v nefrologii*. 21(1). 22-27 s. ISSN 1213-3248 [online]. [cit. 2017-23-12]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/Aktuality_nefro/2015/05_sagova_avn_1-15.pdf.
42. SÁGOVÁ, M., 2016. Intenzifikované reflimy lé by chronického selhání ledvin v domácím prostředí. *Vnit ění léka ů ství*. 62(9). 757-761 s. ISSN 180167592.

43. SU, C. et al., 2012. Gastrointestinal symptoms predict peritonitis rates in CAPD patients. *Journal of the American Society of Nephrology*. 23(5). 259-265. ISSN 1233-1315.
44. SULKOVÁ, S., 2014. Komplexní péče o dialyzované pacienty. *Postgraduální nefrologie*. 12(1). 1-4. ISSN 1214-178X.
45. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potěby ve zdraví a nemoci: aplikované v o-ě ovatelském procesu*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
46. ŠVAŘÍEK, R., ŠVOVÁ, K. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických v dách*. Praha. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
47. TEPLAN, V. et al., 2010. *Akutní po-kození a selhání ledvin v klinické medicíně*. Praha: Grada. 428 s. ISBN 978-80-247-1121-8.
48. THOMAS, M. et al., 2015. The definition of acute kidney injury and its use in practice. *International Society of Nephrology*. 26(2). ISSN 1423-4536.
49. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. a kol., 2008. *Potreby v o-ěrovate stve*. Martin: Osveta. ISBN 808-063-270-7.
50. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *O-ě ovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
51. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potěby nemocného v o-ě ovatelském procesu*. 3. vydání. Brno. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
52. VALKOVSKÝ, I., 2016. Diabetik v peritoneální dialyzačním programu. *Medicína pro praxi*. 13(3). 145-146. ISSN 1214-8687.
53. VIKLICKÝ, O., JANOUŠEK, L., BALÁFI, P. a kol., 2008. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-6766-6.
54. VIKLICKÝ, O., TESAŘ, V., SULKOVÁ, S., 2010. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. 1. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3227-5.
55. VIKLICKÝ, O., RAJNOCHOVÁ-BLOUDÍKOVÁ, S., 2013. Současné možnosti léčby nezvratného selhání ledvin. *Vnitřní lékařství*. 59(8). 747-751. ISSN 180167592.
56. VOKURKA, M., HUGO, J., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.
57. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.
58. WILDOVÁ, O., 2015. Domácí dialýza-větší komfort pro pacienty. *Medicina.cz*. [online]. [cit. 2017-23-10]. Dostupné z:

<http://medicina.cz/clanky/10490/34/Domaci-dialyza-vetsi-komfort-pro-pacienty/>

59. ZACHAROVÁ, E., TÝMÍ KOVÁ- ÍfIKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

12 Seznam příloh

Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 2 – Ukázka zpracovaného rozhovoru

Příloha 3 – CD s přepsanými rozhovory

Příloha 4 – Informační leták pro dialyzované pacienty

13 Seznam zkratek

AKI ó akutní poškození ledvin

GF ó glomerulární filtrace

CKD ó chronické onemocnění ledvin

AVF ó arteriovenózní fistule

AVG ó arteriovenózní graft

AVK ó centrální venózní katetr

CAPD ó kontinuální ambulantní peritoneální dialýza

CCPD ó automatizovaná peritoneální dialýza

Příloha 1 – Polostrukturovaný rozhovor

1. Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?
2. Jaká byla Vaše reakce při sdělení diagnózy?
3. Kdo Vás o Vašem onemocnění informoval?
4. Jaké metody léčby Vám byly nabídnuty?
5. Jak na Vás působí personál v dialyzačním středisku? Jak si získal Vaši důvěru?
6. Jak se během dialýzy cítíte?
7. Co jiného, byste během dialýzy uvítal(a)?
8. Co je pro Vás během dialýzy nejdůležitější?
9. Jak trávíte svůj čas na dialýze?
10. Jak moc Vás docházení a dojíždění na dialýzu časově omezuje?
11. Jak Vás onemocnění omezuje po fyzické stránce?
12. Jak trávíte svůj volný čas?
13. Jak Vás dialýza omezuje v souvislosti s cestováním?
14. Máte vzhledem k onemocnění problémy v práci?
15. Jak se s onemocněním a léčbou změnili Vaše stravovací návyky?
16. Jak jste se vyrovnal(a) s omezením povoleného množství tekutin?
17. Jak se vyrovnáváte s bolestí?
18. Jak byste hodnotil(a) Vaš spánek a jeho kvalitu?
19. Cítíte se unavený? Kdy nejvíce?
20. Jak na Vás dialýza působí po psychické stránce?
21. Jak Vás podporuje Vaše rodina a přátelé?
22. Jak dialýza ovlivnila Vaš život?
23. V čem Vás onemocnění nejvíce omezuje?
24. Porovnejte prosím, co pro Vás bylo důležité před zahájením léčby a co je pro Vás důležité nyní?
25. Pro pacienty na domácí hemodialýze navíc ovšem je pro Vás tato forma dialýzy lepší oproti dialýze v nemocnici? Máte k domácí dialýze nějaké výhrady? Vyskytly se u Vás během domácí dialýzy nějaké komplikace?

Zdroj: Vlastní

Příloha 2 6 Ukázka zpracovaného rozhovoru

PACIENT 9

„Kdy Vám bylo onemocnění diagnostikováno?“

„Před 3 lety. Šel jsem k praktikovi, ten řekl, že mám zvýšené hodnoty a že mě bude sledovat. Přišel jsem za ním roku, zas to bylo horší, potom znova za 2 měsíce a zas to bylo horší, tak mě poslal na internu, kde mi udělali komplet vyšetření a už to je to.“

„Za jak dlouho jste pak začal s dialýzou?“

„Půl roku. Takže celkem v nemocnici už 2 roky a domácí mám 1 rok.“

„Jak jste na diagnózu reagoval?“

„Trochu už mi něco naznačil praktik. Pak mi řekl, že budu muset na dialýzu. Nebyl jsem samozřejmě nadšený, ale ono mi nic jiného nezbývalo.“

„Samotnou diagnózu Vám tedy sdělil internista?“

„Ano.“

„Nabídl Vám více možností léčby?“

„Jo všechno. Peritoneální jsem ale odmítl.“

„Z jakého důvodu?“

„Popravdě jsem o tom trochu uvažoval, ale syn mě přesvědčoval, že to není dobrý nápad a já ho ani nevím proč poslechl. Hemo je ale stejně podle mě lepší, zvláště teď, neměnil bych.“

„Jste v transplantačním programu?“

„Ano.“

„Jak jste se k možnosti domácí dialýzy dostal?“

„Sestřičky byly prý na nějaký přednášce v Praze a řekly si, že bych mohl být dobrý kandidát. Přišla pak za mnou primářka a zeptala se, jestli to chci zkusit.“

„Proč jste souhlasil?“

„Přiznám se, že sem byl kolikrát na všechny tady zlej. To prostředí tady mi přijde hrozné, nemám rád nemocnice. Jakmile projedou branou, začne se mi dělat zle. Hrozně mi vadilo být tady mezi ostatními nemocnými, to jsem prostě nedával. Někoukalo se mi na to dobře.“

„Takže šlo hlavně o to prostředí? Nic jiného vám nevadilo? Například dojíždění.“

„Nee já bydlím tady kousek. Prostě mi to nedělá dobře to nemocniční prostředí.“

„A jak na vás působí místní personál?“

„Sestřičky jsou fajn. Musel jsem je teda hrozně štít, když jsem sem chodil, ale myslím, že teď už mě mají rády.“

„Určitě ano. Takže co se týče jejich péče o Vás?“

„Perfekt. Hlavně paní staniční, ta mi dycky všechno tak hezky vysvětlila.“

„Jaké byly začátky domácí hemodialýzy?“

„Tady jsem se musel všechno naučit bezky pod dozorem. To trvalo asi měsíc, pak mě přišla zkontrolovat nějaká zástupkyně od EU. Všechno schválila a bylo to“

„Jaké je zacházení s přístrojem?“

„Člověk musí být technicky zdatný, není to sranda naučit se to. Nejdřív to bylo náročné, ale brzy jsem na to přišel. Musím si umět připravit dialyzát a nastavit správně funkce a zapojit set.“

„Takže starat se o přístroj není jednoduché.“

„To ne. Musím se o mašinu starat, jinak by se začala ucpávat. Čistím ji po každém použití. Samozřejmě sem ale chodí i údržbář, který všechno kontroluje“

„A co napichování fistule?“

„Nikdy sem neměl rád, když mě tady sestry napichovaly nebo když mi berou krev. Ode mě mi to ale nevadí a o napichování nemám žádné problémy. Člověk to má samozřejmě zručnost a cvik. Chvilí to trvalo, ale jak říkám, teď už je to v pohodě a ani to nebolí“

„Určitě to chtělo upětlivost“

„Ze začátku. Ale teď mě to ohromně baví. Fakt.“

„Jak často dialýzu máte?“

„Můžu si ji zařadit v podstatě, jak chci. „Mašinu zapínám šestkrát týdně. Volnou si většinou nechávám pevně, ale když chci zrovna pevně jet, no tak si tam dialýzu na nějakou jízdu. Zařídím se, jak chci.“

„Očividně jste rád, že nemusíte být tady.“

„Je to obrovská výhoda. Jsem doma, nemusím nikam jezdit, nikdo mě neotravuje. V centru jsem musel být vždy v určitou dobu, to mě omezovalo. Doma si dialýzu zapínám, kdy chci. Většinou k večeru.“

„A co během ní děláte?“

„Zpravidla koukám na televzi“

„Jak se během dialýzy cítíte?“

„Pohoda, je mi fajn. Nic zvláštního. Hlavně že mám klid.“

„A nebojte se komplikací?“

„Nee, jen si musím hlídat tlak. V centru to dělaly sestry, ale doma se hlídám sám. Ne, že bych se nějak bál, ale tam sem si mohl být jistý, že je vše pod kontrolou“

„Je doma s Vámi někdo, kdo by případně volal záchranku?“

„Bydlím s manželkou. Ta je teď až přehnaně starostlivá. Kolikrát mi jen trochu klesne tlak a manželka by hned volala sanitku. Někdy je to otrava, ale vím, že má jen starost a myslí to“

Zdroj: Vlastní

SUCHO V ÚSTECH!

BOLEST HLAVY!

PORUCHY SPÁNKU!

ÚNAVA!

To jsou obtíže, se kterými se často potýkají dialyzovaní pacienti.

Pokud jste jedním z nich, máme pro Vás pár rad a tipů, jak s těmito problémy bojovat!

Sucho v ústech

- Jednoduchým pomocníkem proti suchosti v ústech jsou fíky nebo kyselé bonbóny, které podporují tvorbu slin.
- Můžete také zkusit cucat kostky ledu nebo si dopřát ledovou tříšť.
- Nezapomínejte dbát na dodržování ústní hygieny.
- Pijte pokud možno nesyčené tekutiny a nápoje bez cukru.
- Dobrým pomocníkem jsou také zvlhčovače ústní sliznice tzv. umělé sliny.

Bolest hlavy

- Od bolesti Vám může pomoci masáž spánků a šíje bylinnými oleji.
- Osvědčeným tipem je studená sprcha nebo chladný obklad hlavy.
- Nezapomínejte pravidelně doplňovat hořčinku.
- Pokuste se omezit dlouhé sledování televize i počítače.
- Pokud jste příznivcem čínské medicíny, neváhejte zkusit akupunkturu.

Spánek

- Aby se Vám lépe usínalo, zkuste před spaním teplou koupel se solí, která uvolní Vaše svaly a zklidní nervový systém.
- Nezapomínejte na pohyb. Lidé, kteří se pravidelně hýbou, mají méně problémy s usínáním.
- Dodržujte pravidelný spánkový rytmus. Pokud to jde, choďte spát a vstávejte každý den ve stejnou dobu.
- Spíte v co nejvčetnějším prostředí – mnoho světla potlačuje produkci melatoninu (hormonu spánku), což zhoršuje schopnost usnout a snižuje kvalitu spánku.

Únava

- Proti únavě můžete bojovat pomocí relaxace i meditace.
- Nezapomeňte se každé ráno poctivě protáhnout. Nastartuje tím celé tělo a zbytek dne budete fungovat lépe.
- Vyzkoušejte aromaterapii. Éterické oleje citronu, rozmarýnu nebo šalvěj je Vás příjemně povzbudí.
- energii Vám dodá také pohyb na slunci. V zimě můžete vyzkoušet fototerapii.
- Při pocitu únavy si nelehejte. Raději jděte na čerstvý vzduch a dopřejte si krátkou procházku. Okyslíte tak mozek, rozproudíte krev, a to Vám dodá více energie.

Zdroj: vlastní